



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

Year : 2019

LA SANTÉ POUR TOUS EN ZONE RURALE. Développer et renforcer les centres de santé: guide pratique

Scartezzini Killian

Scartezzini Killian, 2019, LA SANTÉ POUR TOUS EN ZONE RURALE. Développer et renforcer les centres de santé: guide pratique

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>

Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB_E0197EEB89533

Droits d'auteur

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

Copyright

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



UNIL | Université de Lausanne

Ecole doctorale

UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE

Département Femme-mère-enfant (DFME)

Service de Pédiatrie

LA SANTÉ POUR TOUS EN ZONE RURALE
Développer et renforcer les centres de santé: guide pratique

THESE

Préparée sous la direction du Docteur Mario GEHRI

et présentée à la Faculté de biologie et de médecine de
l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

SCARTEZZINI Killian

Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Originaire de Lausanne/Zurich (VD/ZH)

Lausanne
2019

Imprimatur

Vu le rapport présenté par le jury d'examen, composé de

Directeur de thèse	<i>Monsieur le Docteur Mario Gehri</i>
Co-Directeur de thèse	<i>"</i>
Expert	<i>Monsieur le Professeur Blaise Genton</i>
Vice-Directeur de l'Ecole doctorale	<i>Monsieur le Professeur John Prior</i>

la Commission MD de l'Ecole doctorale autorise l'impression de la thèse de

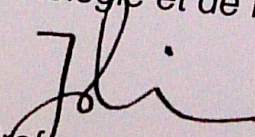
Monsieur Killian Scartezzini

intitulée

**LA SANTE POUR TOUS EN ZONE RURALE
Développer et renforcer les centres de santé: guide pratique**

Lausanne, le 18 janvier 2019

*pour Le Doyen
de la Faculté de Biologie et de Médecine*


*Monsieur le Professeur John Prior
Vice-Directeur de l'Ecole doctorale*

LA SANTÉ POUR TOUS EN ZONE RURALE

Développer et renforcer les centres de santé: guide pratique

RÉSUMÉ

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 1 milliard d'êtres humains dans le monde est privé de tout service de soins et que 4.8 milliards de personnes, principalement en régions rurales, n'ont pas accès à des soins chirurgicaux sûrs et abordables. En Afrique et dans de nombreux pays à faible revenu, plus de 80% des soignants pratiquent en ville, alors que la majorité de la population réside en région rurale. Les campagnes des régions pauvres du monde sont désertées par les soignants.

En 2015, l'Organisation des nations unies (ONU) a intégré aux Objectifs de développement durable (ODD) l'importance de l'accès aux soins primaires et le Directeur général de l'OMS a récemment insisté sur la priorité d'un effort des institutions internationales et des gouvernements pour la mise en œuvre d'une couverture de santé universelle. Dans ce contexte, de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) financent et organisent la mise en place de centres de santé de premier recours dans les pays pauvres. Ces projets de santé ruraux sont infiniment complexes et pourtant aucune recommandation abordant l'ensemble des aspects (investigation des besoins communautaires, installation d'une pharmacie, gestion des aspects logistiques, organisation des soins, etc.) n'existait.

C'est dans ce contexte que ce travail de thèse a été initié. Partant d'une expérience de terrain menée par Killian Scartezzini en 2013-2014 à Madagascar, les années qui suivirent servirent à une revue de la littérature dans le domaine, à la réunion d'avis d'experts par l'organisation de tables rondes et à la collecte de témoignages d'expériences pratiques. La Fédération Vaudoise de Coopération (FEDEVACO), faitière d'une cinquantaine d'ONG œuvrant dans le développement des pays pauvres, s'est jointe au projet. Elle a coordonné et financé la publication d'un guide pratique paru en octobre 2018 dont Killian Scartezzini est l'auteur principal.

Au long de ses 180 pages, avec plus de 20 annexes techniques et plusieurs fiches décrivant des expériences de terrain, cet ouvrage offre une analyse en 5 phases pour l'ouverture ou la réhabilitation de centres de santé. Les étapes détaillées dans cet ouvrage sont : l'évaluation des besoins avec la communauté ; l'inscription du centre de santé dans le service de santé local ; la planification de l'activité du centre de santé ; l'équipement et l'entretien du centre de santé ; le pilotage du centre au long terme. Ce guide s'adresse aux communautés, aux associations, aux ONG et aux autorités locales n'étant pas forcément spécialisées dans le domaine et souhaitant implanter ou réhabiliter un centre de santé en région rurale de pays pauvre.

PRÉFACE À LA PRÉSENTE THÈSE

Tout commence par une image. Je me souviens du bâtiment, le Dispensaire, planté dans la terre ocre de Madagascar.

Nous sommes en 2013. J'ai atterri la veille dans un petit hôtel à Tana, la capitale. Mandaté par le Service Civil Suisse et l'association « familiale » *Zazakely-Suisse*, j'y suis pour « ouvrir le Dispensaire ». Après des heures de route, nous arrivons. Les membres locaux de l'association sont présents.

Le maître d'œuvre nous conduit, les pièces en travaux sont vides. À peine aboutie la construction semble déjà vieille. En brique d'argile et béton, le dispensaire est massif au milieu des petites habitations. La couleur rousse de sa façade contraste avec les touffes d'aiguilles émeraude des pins. Je m'é gare puis entend au loin la voix du maître d'œuvre:

- ... et là ce sera votre salle de consultation!

Tous me regardent, je ne comprends pas tout de suite. On s'adresse à moi. Je sursaute. Moi, consulter ici? Dans ce pays que je ne connais pas? À un an de la fin de mes études de médecine? La terreur m'envahit. Je souris. Ce n'est pas du tout ce qui a été discuté en Suisse et pour un projet de développement cela semble étrange.

Ces malentendus heureusement s'estompent vite. Nous clarifions les choses : nous mettrons en place un centre de santé doté d'un personnel soignant local. Je suis entouré par Max, civiliste à l'accent du Tessin, Orolie, la directrice locale de l'association et sa fille Ando. Pendant 9 mois, nous évaluons et validons les besoins, rencontrons les communautés, préparons l'approvisionnement en eau et électricité, organisons la pharmacie, engageons un médecin et une aide-soignante. À chaque étape il faut improviser, faire au mieux, on ne sait pas trop où tout ça finira. Puis finalement il y a l'ouverture du Dispensaire *Fiadanantsoa* en juin 2014. Ando en est la gestionnaire et D^{re} Nanah le médecin.

À mon retour en Suisse, j'ai le désagréable sentiment de n'avoir pas fait qu'aider. Nous avons appris beaucoup de chose mais existe-t-il des choses à faire, à ne pas faire lorsqu'on veut ouvrir un centre de santé rural ? Et puis, des projets de la sorte, j'en ai vu des dizaines sur place. Pas toujours réalistes, parfois pour plaire aux institutions qui versent l'argent depuis l'Europe. Les Dispensaires qui se développent sans considérer les besoins locaux ou les attentes de la population, c'est fréquent par là. Les motivations semblent humanitaires au premier abord et puis quand on creuse un peu il y en a pleins d'autres, tout aussi voire plus importantes, et dont on ne parle pas.

C'est décidé, je profiterai de cette expérience à Madagascar pour rédiger un texte qui aidera les petites ONG « familiales » à comprendre les enjeux de tels projets. Par une revue de littérature et la réunion d'avis d'experts dans le domaine, nous en ferons avec le D^r Mario Gehri mon projet de

thèse. Et puis en écrivant, j'ai croisé le chemin de Laurent, Anne et Charlotte de la FEDEVACO. Ils m'ont suggérés de glisser des fiches d'expériences pratiques dans le texte, pour que l'on ne perde pas le sens des réalités, c'est important. Et puis zut, pour faire d'une pierre trois coups ce texte sera publié sous forme de guide pratique accessible à tous!

Killian S.
Saint-Saphorin, le 19 juin 2018

LA SANTÉ POUR TOUS EN ZONE RURALE

Développer et renforcer les centres de santé :
guide pratique



AUTEUR PRINCIPAL

Killian Scartezzini

Médecin en pédiatrie au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

COORDINATION

Groupe de travail Santé de la Fédération vaudoise de coopération (FEDEVACO) constitué de: **Dr Anne Gueye-Girardet**, chargée du partage des savoirs de la FEDEVACO, **Charlotte Laurent**, assistante communication et partage des savoirs à la FEDEVACO, **D^r Laurent Lob**, médecin membre de la Commission technique de la FEDEVACO, **D^r Dominik Schmid**, président de Médecins du Monde Suisse, **Andrea Rajman**, responsable de Medicus Mundi Suisse romande, **Alicia Pary**, chargée de projets de la Centrale Sanitaire Suisse romande.

COLLABORATION À LA RÉDACTION DES FICHES PRATIQUES

Anne Gueye-Girardet, **Charlotte Laurent** et **Emilie Converset** (FEDEVACO), **Alicia Pary** (Centrale Sanitaire Suisse romande), **Morgane Rousseau** (Médecins du Monde Suisse), **Cecilia Capello** et **Constanze Bunzemeier** (Enfants du Monde), **Xavier Mühlethaler** (Nouvelle Planète), **Sylvie Balverde** et **Valérie Pellé** (Service de Missions et d'Entraide),

Roland Caplain (Santé Sud), **Elsa Cauderay**, **Alexandre Douline** et **Jean-Marie Plancherel** (Craterre/Architectes sans Frontières Suisse), **François Baechler** (To go to Togo), **Nicole Gallina** et **Stéphanie Mena** (Pharmaciens Sans Frontières Suisse), **John Brogan**, **Marc Luna** et **Guillaume Foutry** (Terre des hommes).

COMITÉ DE RELECTURE

Pr. Matthias Roth-Kleiner, médecin chef au Service de néonatalogie du CHUV à Lausanne et président de l'association Souffle2Vie, Lausanne, Suisse.

D^r Mario Gehri, médecin chef de l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL) et directeur de thèse de Killian Scartezzini dans le cadre de cette publication, Suisse.

D^r Anne Pittet, médecin pédiatre hospitalier à l'HEL et médecin pédiatre à Médecins Sans Frontières (MSF), Genève, Suisse.

D^r Roland Caplain, médecin généraliste et médecin à l'association Santé Sud, Marseille, France.

Emilie Converset, chargée de projets et coordinatrice Commission technique à la FEDEVACO, Lausanne, Suisse.

D^r Laurent Lob, médecin tropicaliste et membre de la Commission technique de la FEDEVACO, Lausanne, Suisse.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier vivement l'ensemble des contributeurs de cette publication. Leur disponibilité et leur engagement aux différentes étapes de ce travail laborieux ont permis à ce guide de voir le jour. Notre reconnaissance va aux partenaires des différentes expériences documentées dans cet ouvrage, sur le terrain et dans les associations « du Nord », aux

participants des ateliers de partage des savoirs organisés depuis 2015, à Christiane Droz pour sa précieuse relecture finale, à Béatrix Niser qui a rendu nos textes plus légers.

Nous remercions chaleureusement les acteurs du centre médical de Fiadanantsoa à Madagascar, sans lesquels ce guide n'aurait jamais existé: Jean-Pierre et Monica Counet, l'association

Zazakely-Suisse et ses membres, Orolie Ramarovavy, Ando Ratiandraibe, Massimiliano Chastonay, le Service civil Suisse, Florie, l'équipe soignante du centre médical, Fred, Adrien Lepage, Vanessa Rakotondrasoa et la famille Rakotondrasoa, Armelle, Jean-Louis et Maël Scartezzini, Olivier Thorens, Jonas Delefortrie et enfin Lou.

LANGAGE ÉPICÈNE

Dans le cadre de cette publication, nous avons choisi de nous conformer à la règle qui permet d'utiliser le masculin comme valeur neutre. Cette décision a été prise dans le seul but de ne pas alourdir le texte et de simplifier la lecture. Cela n'altère en rien notre reconnaissance du rôle prépondérant des femmes dans le domaine de la santé.

LA SANTÉ POUR TOUS EN ZONE RURALE

**Développer et renforcer les centres de santé :
guide pratique**

*« Vous voulez les pauvres secourus,
Je veux la misère abolie. »*

Victor Hugo

*« Tsy misy mafy tsy laitra ny zoto. »
« Il n'y a pas d'obstacle que l'effort ne
puisse surmonter. »*

Proverbe malgache

Préface

D'où vient ce guide

En 2013, Killian Scartezzini, jeune médecin franco-suisse se formant en pédiatrie, atterrit à Madagascar, mandaté par le Service civil et l'association Zazakely-Suisse pour « ouvrir un dispensaire » aux environs de la ville d'Antsirabe. Quelques heures de route le mènent au village de Fiadanana, sur la terre rouge de la campagne malgache. Les membres locaux de l'association sont sur place et le maître d'œuvre les conduit dans le bâtiment du futur dispensaire. Les pièces en travaux sont vides. À peine terminée, la construction semble déjà vieille et le béton ainsi que le ciment la rendent massive au milieu des petites habitations de briques. Au loin résonne la voix du contremaître qui se tourne vers le médecin :

– Et, là, ce sera votre salle de consultation!

Killian sursaute. Lui, consulter ici dans ce pays qu'il ne connaît pas? Alors qu'il est prévu qu'il soit sur place à peine douze mois? Ce n'est pas du tout ce qui avait été convenu dans les discussions en Suisse!

Heureusement, ces malentendus se dissipent rapidement. Les attentes sont clarifiées : il faut mettre en place un centre de santé accueillant la pratique de soignants malgaches. Mais comment? Composée de Max, un civiliste tessinois, d'Orolie, la directrice locale de l'association et sa fille Ando, l'équipe d'installation du dispensaire est constituée. Pendant neuf mois, celle-ci valide les besoins, rencontre les communautés, prépare l'approvisionnement en eau et en électricité, organise la pharmacie, engage l'équipe soignante. À chaque étape, il faut improviser, faire au mieux et s'adapter aux réalités locales. Finalement, le Centre médical Fiadanantsoa ouvre ses portes en juin 2014 et accueille la consultation du D^r Nanah, médecin généraliste, par une aide-soignante.

À son retour en Suisse, Killian mesure les leçons apprises de ce projet. Il se demande s'il existe des bonnes pratiques et des pièges à éviter lorsqu'on veut ouvrir un centre de santé rural? Le médecin a en effet croisé pendant cette année malgache plusieurs projets de « dispensaires » qui se développent avant même de considérer les besoins locaux, les attentes de la population ou les ressources des acteurs de la région.

C'est décidé, il profitera de son expérience à Madagascar en rédigeant un texte à l'intention des petites ONG désireuses d'entamer un projet de centre de santé rural.

En écrivant ce qui doit être initialement son projet de thèse, Killian croise le chemin de la Fédération vaudoise de coopération (FEDEVACO), réunissant une cinquantaine d'ONG vaudoises, et de Laurent Lob, médecin de la Commission d'évaluation des projets soutenus par la faïtière. De ces rencontres naissent, en 2015 et en 2016, des conférences publiques et un atelier de partage d'expériences qui viennent enrichir le texte.

Un groupe de partage de savoirs en santé, coordonné par la FEDEVACO, se constitue en 2017. L'idée de réunir les données collectées avec des fiches d'expériences pratiques sur le sujet émerge. Et c'est de nouveau parti pour neuf mois de travail à rassembler et à revisiter les expériences d'ONG pour en extraire des recommandations pratiques et théoriques en matière d'accès à la santé pour tous et toutes. Loin de prétendre à une liste de recettes miracles, l'esprit est de fournir un maximum de pistes et de réflexions.

Le guide que vous tenez entre vos mains est le résultat de cette aventure et, nous l'espérons, le point de départ de la vôtre.

Le groupe Santé de la FEDEVACO,
Lausanne, le 20 août 2018

Comment utiliser ce guide ?

Objectif, structure et contenu

Ce guide s'adresse aux communautés, aux associations, aux organisations non gouvernementales (ONG) et aux autorités n'étant pas nécessairement spécialisées dans le domaine de la santé et ayant pour projet l'ouverture ou la réhabilitation d'un centre de santé en région rurale. Il a pour objectif de détailler les étapes de l'ouverture d'une structure en plaçant le lien avec la communauté au cœur des réflexions et en offrant quelques pistes sur les alternatives à l'ouverture d'un centre.

Des fiches pratiques issues des expériences de projets de santé menés en zones rurales par diverses associations sont insérées dans le texte à but illustratif. En cas d'intérêt particulier du lecteur pour le sujet abordé, ces fiches contiennent des références ainsi que les contacts des membres des associations citées.

Les chapitres des recommandations débutent par un récapitulatif des thèmes abordés et se concluent par un résumé sous forme de check-list. Une bibliographie complète sur les thèmes abordés est à disposition à la fin de l'ouvrage. Enfin, les annexes citées ainsi qu'une version numérique de ce guide sont disponibles en ligne et téléchargeables dans la rubrique « Partage des savoirs » à l'adresse www.fedevaco.ch.

Un travail de synthèse, de groupe et de terrain

Une partie majeure de ce travail repose sur la réunion et la synthèse de données existantes sur l'ouverture ou le renforcement de centres de santé.

Les informations ont été récoltées :

- dans la bibliothèque en ligne de l'OMS :
 - Dépôt institutionnel pour le partage de l'information (IRIS)
 - Global Index Medicus (GIM)
- dans différentes bases de données en ligne (PubMed, Rural and Remote Health Journal, Hesperian, Google Scholar)
- par la lecture du Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar¹
- par la lecture de normes nationales pour l'équipement et l'infrastructure des centres de santé de base (Burkina Faso, République de Guinée, Rwanda, Mali)

1. Desplats D, Razakarison C (2011).

Ces lectures ont été enrichies, entre 2015 et 2018, par des tables rondes et des ateliers, organisés par la FEDEVACO sur le thème des centres de santé en région rurale d’Afrique. Au total, une vingtaine de personnes, des médecins travaillant dans le secteur de la santé des pays défavorisés et des chargés de projets d’ONG suisses, ont été réunis. Un contact avec l’association française Santé Sud a également nourri notre réflexion.

Les éléments de recherche de la littérature et des séminaires ont été complétés par une expérience de terrain à Madagascar d’une durée de treize mois ayant conduit à l’ouverture d’un centre de santé de premier recours dans la campagne des hauts plateaux malgaches.

Privilégier les normes et les recommandations locales

Le développement d’une structure de soins en région rurale est d’une complexité infinie, et ce guide n’a pas la prétention d’être exhaustif. Des normes et des recommandations nationales pour la mise en place de centres de santé (parfois nommées « Paquet minimum d’activités », PMA) existent dans chaque pays. Elles sont à privilégier et à enrichir des éléments du présent ouvrage.

Savoir s’entourer

Pour les associations n’ayant jamais œuvré dans le domaine de la santé, il est utile de rappeler que tout projet ne saurait se passer d’une expertise par un spécialiste de la santé.

Un outil de réflexion

Pour des raisons de clarté, le présent de l’indicatif est employé et, pourtant, le subjonctif devrait être la règle. Ce travail se compose de pistes de réflexion et rien ne doit être entendu comme acquis.

Une simplification nécessaire

Ce guide décrit un projet de centre de santé de façon chronologique. Il est entendu que ce genre de projet se compose, en réalité, d’étapes intégrées et n’est pas forcément un processus linéaire.

Tout projet de santé doit envisager l'ensemble des déterminants de la santé

Nous insistons sur l'importance d'intégrer à ce guide la vision de l'Agenda 2030 édicté par l'Organisation des Nations Unies et adopté en 2016 par 193 États² qui stipule que le succès des programmes de santé repose sur une approche globale dont l'éducation, l'assainissement, la préservation de l'environnement et la sécurité alimentaire font partie.

Un fort penchant pour l'Afrique

La majorité des expériences et des textes ayant nourri ce guide proviennent de l'Afrique francophone. Bien que certaines fiches pratiques traitent de projets d'Asie ou d'Amérique du Sud, les notions abordées s'appliquent donc davantage à l'Afrique rurale.

2. Objectifs de développement durable (2016). Organisation des Nations Unies (ONU).

Liste des abréviations

ASC: Agent de santé communautaire

ASACO: Association de santé communautaire (Mali)

AVC: Accident vasculaire cérébral

BTC: bloc de terre comprimée

CCL: culture constructive locale

CHU: Centre hospitalier universitaire

CHUV: Centre hospitalier universitaire vaudois

CPN: Consultation prénatale

COGES: Comité de gestion (des centres de santé)

CSCOM: Centre de santé communautaire (Mali, géré par une ASACO)

CSSR: Centrale sanitaire suisse romande

CSPS: Centres de santé et de promotion sociale (Burkina Faso)

EAH: eau, assainissement et hygiène

EDM: Enfants du monde

FACET: FACility Evaluation Tool

FAP: Femme en âge de procréer

FEDEVACO: Fédération vaudoise de coopération

FMI: Fonds monétaire international

ICP: infirmier chef de poste

leDA: Integrated e-Diagnostic Approach

IFMA: Institut des filles de Marie Auxiliatrice, Sœurs Salésiennes de Don Bosco

LSHTM: London School of Hygiene and Tropical Medicine

MGC: médecins généralistes communautaires

MdM Suisse: Médecins du Monde Suisse

mHealth: mobile Health

MNU: médicaments non utilisés

ODD: Objectifs de développement durable

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONG: Organisation non gouvernementale

ONU: Organisation des Nations Unies

PAS: Programme d'ajustement structurel

PCIME: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

PIB: Produit intérieur brut

PMA: Paquet minimum d'activités
PSF-CH: Pharmaciens sans frontières Suisse

RPA: Rapid Participatory Appraisal

SG: Semaine de gestation

SME: Service de Missions et d'Entraide

SMN: santé maternelle et néonatale

SFE: sage-femme

SSP: Stratégie de santé primaire

Tdh: Terre des hommes

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Préface	3
D'où vient ce guide	3
Comment utiliser ce guide?.....	5
Concepts généraux	13
Faut-il à tout prix ouvrir un centre de santé?	14
Contexte et enjeux.....	14
Qu'est-ce que la santé et la santé publique?.....	17
Les soins de santé primaires, quarante ans après Alma Ata	20
Réappropriation par la communauté des services de santé et lutte contre la corruption	22
Comment définir la ruralité?	23
Quel est le rôle des soins primaires en région rurale?.....	23
Qu'est-ce qu'un centre de santé et à quel niveau se situe-t-il?	24
Centre de santé public, privé ou mixte	27
Étapes de l'ouverture ou de la réhabilitation d'un centre de santé	28
1. Évaluer les besoins avec la communauté	31
Diagnostic des besoins en santé	33
Définition de la communauté et étude des déterminants de sa santé	34
Répartition des pouvoirs en milieu rural	36
Les neuf étapes pratiques du diagnostic	36
<i>Fiche A: Le diagnostic communautaire intégral: un outil pour définir les priorités par et pour la communauté.....</i>	<i>43</i>
Clarification de la demande, des besoins et de l'offre en santé	47
Faut-il renoncer à l'ouverture d'un centre de santé?	49
Les alternatives possibles	49

<i>Fiche B: Créer une véritable dynamique communautaire en faveur de la santé grâce à un diagnostic participatif.....</i>	<i>51</i>
Check-list 1 Évaluer les besoins avec la communauté.....	55
2. Inscrire le centre de santé dans le service de santé local....	57
Intégration du projet de santé dans le cadre étatique et communautaire.....	59
<i>Fiche C: Les dialogues communautaires dans la santé maternelle et néonatale: quelles opportunités et quels défis?</i>	<i>60</i>
Sélection d'un lieu d'implantation	65
Système de référence et relations avec les autres structures de soins.....	65
<i>Fiche D: Faciliter les interactions entre les structures de santé pour optimiser la prise en charge des patients</i>	<i>67</i>
Check-list 2 Inscrire le centre de santé dans le service de santé local	71
3. Planifier l'activité du centre de santé.....	73
Définition du catalogue des prestations du centre de santé.....	75
Anticipation des besoins en soins, du taux d'activités et du revenu attendu....	78
Constitution et gestion de l'équipe soignante.....	81
Les employés du centre de santé.....	83
Supervision et formation de l'équipe soignante	86
<i>Fiche E: Le rôle central d'un groupe de formateurs dans l'amélioration des soins prodigués au Laos.....</i>	<i>87</i>
Fidélisation des soignants en région rurale.....	91
<i>Fiche F: Comment favoriser l'installation de médecins dans les centres de santé communautaires?.....</i>	<i>94</i>
Check-list 3 Planifier l'activité du centre de santé	99
4. Équiper et entretenir le centre de santé	101
Construction ou réhabilitation du bâtiment.....	103
<i>Fiche G: L'architecture des centres de santé: quel rôle de la communauté et quelle place pour les techniques locales?.....</i>	<i>106</i>
Constitution de l'équipement de base	110
<i>Fiche H: Réhabiliter ou construire un centre de santé: les plans standard nationaux mis en débat</i>	<i>111</i>

Pharmacie et tests diagnostiques complémentaires	116
<i>Fiche I: Restructuration des pharmacies: vers la pérennité des centres de santé ruraux</i>	<i>121</i>
Hygiène, assainissement et gestion des déchets	126
<i>Fiche J: De la réalisation d'ouvrages à la mise en place de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène fiables et durables dans les centres de santé</i>	<i>130</i>
Outils informatiques pour l'aide au diagnostic clinique	134
<i>Fiche K: Le projet leDA: au-delà de la simple implantation de tablettes en brousse</i>	<i>138</i>
Check-list 4 Équiper et entretenir le centre de santé.....	143
5. Piloter le centre de santé	145
Financement des soins en zones rurales.....	147
Équilibre entre les prestations de santé du centre	151
<i>Fiche L: Réseau d'agents de santé communautaires: un appui indispensable au centre de santé pour la promotion et la prévention de la santé?.....</i>	<i>156</i>
Indicateurs de santé.....	160
Pérennisation du centre de santé	162
Check-list 5 Piloter le centre de santé	166
En conclusion	169
Postface: La santé pour tous en zone rurale.....	171
Bibliographie	172
Liste des fiches pratiques	180
Liste des annexes	181
Annexes.....	I



► Concepts généraux

Cette partie introduit les concepts fondamentaux, utiles à tout projet de santé en région rurale.

Dans ce chapitre nous abordons :

- le contexte actuel des régions rurales
- la santé, ses déterminants et la santé publique
- les soins de santé primaires et le concept de ruralité
- le rôle des soins de premier recours en zone rurale et le rôle du centre de santé
- les statuts privé, public, mixte d'un centre de santé
- les étapes de l'ouverture ou de la réhabilitation d'un centre de santé



Faut-il à tout prix ouvrir un centre de santé ?

Dans les pays à faible revenu, la population en zone rurale est majoritaire et, pourtant, ces territoires sont désertés par les soignants. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 1 milliard le nombre de personnes privées de tout service de soins et 4,8 milliards de personnes, principalement en région rurale, n'ont, à ce jour, pas accès à des soins chirurgicaux sûrs et abordables³. L'épineuse question de l'accès aux soins primaires semble donc universelle, mais les pays à faible revenu et leurs zones rurales en paient le plus lourd tribut.

Face à ce constat, de nombreuses associations à mandat privé ou public ont la volonté d'ouvrir ou de réhabiliter un centre de santé dans ces pays. Les causes sont diverses : demande locale, volonté des autorités publiques ou simple désir des membres de l'association. Leur entreprise est parfois couronnée de succès mais, pour la majorité, leur parcours est semé d'embûches.

La médecine et les soins qu'elle prodigue sont puissants mais difficiles à mettre en œuvre. Ils contiennent également un risque de iatrogénicité. Lorsqu'on expérimente dans le domaine de la santé, on s'expose donc au risque de nuire si les actions entreprises ne sont pas menées de façon pérenne et avec une juste analyse des bénéfiques et des dangers encourus. L'implication de la communauté dans les décisions ayant trait à sa santé est, elle aussi, cruciale pour être efficace.

Ce guide intègre ces réflexions et offre des pistes d'action face aux problématiques de santé des populations rurales les plus pauvres. Il existe un clair manque de soignants dans ces régions, mais, plutôt que *d'ouvrir à tout prix un centre de santé* là où il n'y a pas de soignant, il importe de se questionner sur *la raison de cette pénurie et sur les actions prioritaires pour permettre aux communautés de reprendre la main sur leur santé*.

Contexte et enjeux

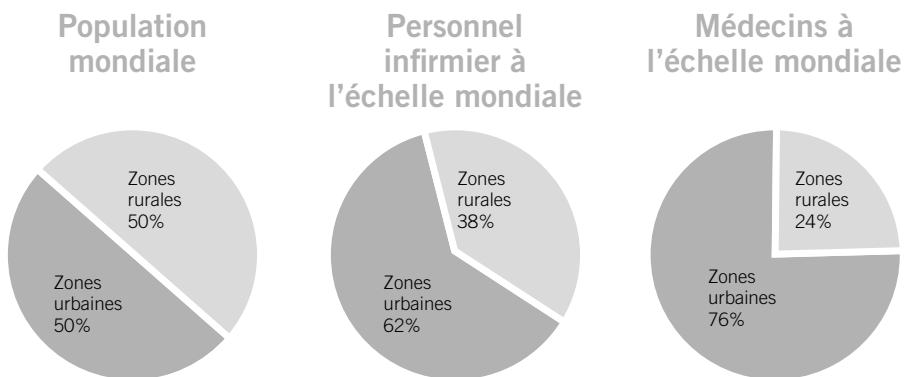
Ces vingt-cinq dernières années, des progrès importants ont été accomplis en matière de santé dans les pays à faible revenu. Dans la majorité des régions d'Afrique, par exemple, on a observé une réduction de la mortalité infantile⁴ et une augmentation de l'espérance de vie⁵.

3. Blake CA, et al. (2015).

4. Groupe interagences de l'ONU sur la mortalité infantile (2011).

5. OMS (2014). Atlas of African Health Statistics, 2014.

Malgré ce constat, l'inégalité d'accès aux soins persiste, principalement entre villes et campagnes. Au niveau mondial, 76% des médecins exercent leur métier dans les zones urbaines. En Afrique, plus de 80% des soignants pratiquent en ville⁶, alors que 60% à 80% de la population réside en région rurale. Les campagnes africaines et de nombreuses régions du monde sont des déserts médicaux. Un exemple concret parmi tant d'autres est celui du Sénégal, pays en passe de rejoindre les pays à revenu intermédiaire⁷, où le 95% des pédiatres sont concentrés sur la région de Dakar (3 millions d'habitants). Des départements entiers comme Matam (250 000 habitants) et Podor (500 000 habitants) n'en ont aucun.



Distribution mondiale de la population, des médecins et du personnel infirmier entre zones rurales et zones urbaines. Adapté de l'OMS⁸.

L'OMS a proposé plusieurs réformes pour pallier ces inégalités d'accès. Des démarches ont émergé, entre autres, du besoin urgent de réduire la faible accessibilité aux soins dans les régions rurales des pays les plus démunis. Les initiatives les plus importantes sont celle d'Alma Ata, en 1978, consensus mondial sur la nécessité d'une action urgente d'amélioration des soins de santé primaire (*voir chapitre Concepts généraux, Les soins de santé primaires, quarante ans après Alma Ata*) et l'initiative de Bamako, en 1987, entente internationale sur l'organisation du recouvrement des coûts par une participation communautaire aux frais de santé. Malgré ces actions, le fossé continue à se creuser.

6. Desplats D (2014).

7. The World Bank (2016).

8. OMS (2010). Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale.

Plusieurs facteurs participent au déséquilibre d'accès aux soins entre zone urbaine et zone rurale :

- Les inégalités entre villes et campagnes en Afrique se sont historiquement creusées avec le développement de la médecine moderne autour des hôpitaux des grandes villes, sur un modèle très centralisé⁹.
- L'écart s'est aggravé à partir des années quatre-vingt avec les Programmes d'ajustement structurel (PAS) du FMI et de la Banque mondiale qui, pour réduire les déficits, ont imposé des coupes dans le budget des États¹⁰. Les soins publics, anciennement gratuits, sont devenus payants et les populations rurales pauvres n'ont pu supporter les coûts supplémentaires.
- Les régions rurales ne sont pas attractives pour les soignants. Cette question est récurrente dans la majorité des pays (y compris les pays occidentaux) et nécessite des mesures très spécifiques pour la limiter (voir chapitre 3, Fidélisation des soignants en région rurale).
- L'installation et le maintien de structures sanitaires sont techniquement complexes par manque d'infrastructures routières et de moyens de transport. De nombreuses régions africaines sont des zones enclavées.
- La médecine occidentale basée sur les preuves peine à s'instaurer dans les régions rurales. Elle peut être perçue par la population comme intrusive ou dangereuse.
- Les systèmes de recours traditionnels ne sont pas intégrés dans les directives et les organisations de santé publique. Ils ne sont que très rarement associés aux réflexions et aux décisions initiales de santé, alors qu'ils sont très souvent le premier recours des familles et/ou des individus malades en zone rurale^{11, 12}.
- L'inhospitalité et l'insuffisance générale des soins prodigués dans les hôpitaux et les centres de santé africains sont fréquemment une réalité comme le constate l'anthropologue Yannick Jaffré¹³. Ce fait participe au faible taux de fréquentation des structures de soins en Afrique qui dépasse rarement les 30% des besoins attendus¹⁴ et les centres de santé ruraux souffrent d'autant plus de cette sous-utilisation.

9. Olivier de Sardan JP, Jaffré Y (2003).

10. Desplats D, Razakarison C (2011).

11. Franckel A (2004).

12. Richard JL (2001).

13. Olivier de Sardan JP, Jaffré Y (2003).

14. Desplats D, Razakarison C (2011).

Qu'est-ce que la santé et la santé publique ?

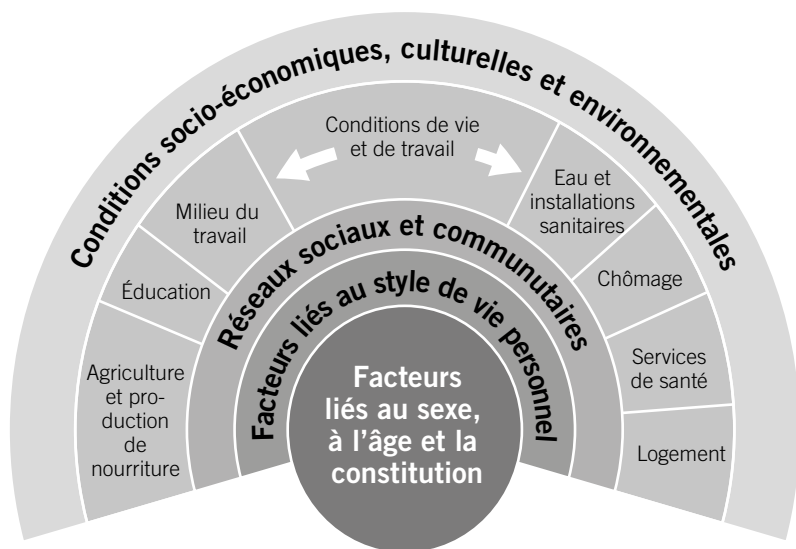
La *santé* a été définie en 1946 par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹⁵. L'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs socioéconomiques, environnementaux et comportementaux. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ». Certains de ces déterminants sont fixes et non modifiables (comme le patrimoine génétique ou l'âge), d'autres peuvent être modulés. L'amélioration de la santé d'une population ne se fait donc pas uniquement par l'accès à des soins curatifs prodigués dans un centre de santé ou un hôpital. Tout projet de santé doit tenter d'agir sur un maximum des déterminants de la santé (*voir chapitre 1, Définition de la communauté et étude des déterminants de sa santé*).

Les douze déterminants influents de la santé selon l'Agence de santé publique canadienne¹⁶ sont :

1. le niveau de revenu et le statut social
2. les réseaux de soutien social
3. l'éducation et l'alphabétisme
4. l'emploi et les conditions de travail
5. les environnements sociaux
6. les environnements physiques
7. les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles
8. le développement de la petite enfance
9. le patrimoine biologique et génétique
10. les services de santé
11. le sexe
12. la culture

15. OMS (1948). Constitution de l'Organisation mondiale de la santé.

16. Gouvernement du Canada (2018). www.canada.ca/fr/sante-publique.



Le modèle de Dahlgren et de Whitehead présente les déterminants de la santé en quatre niveaux : 1. Facteurs liés au sexe, à l'âge et à la constitution. 2. Facteurs liés au style de vie personnel. 3. Réseaux sociaux et communautaires. 4. Conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales (huit aspects). Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils interagissent¹⁷.

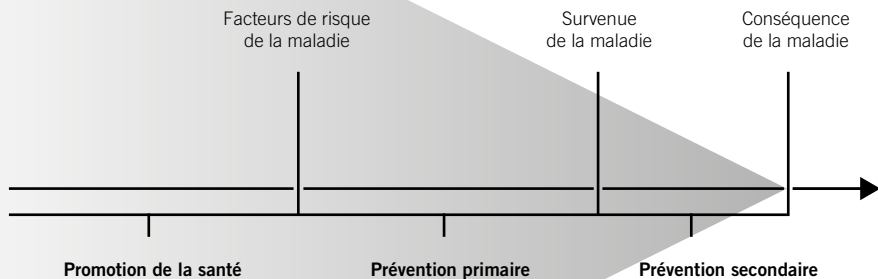
La *santé publique*, est définie comme « un ensemble d'activités fondamentales qui agit sur les déterminants de la santé, protège la santé d'une population et traite les maladies »¹⁸. La santé publique se distingue de la médecine curative par le fait qu'elle place l'accent sur la prévention plutôt que sur les traitements et qu'elle développe une approche de population plutôt qu'une lutte contre les problèmes de santé individuels.

Les mesures de santé publique passent par trois canaux centraux : la *promotion de la santé*, la *prévention primaire* et la *prévention secondaire*. Ces points peuvent être représentés sur une échelle temporelle illustrant le développement naturel d'une maladie. À l'extrême gauche, se situe l'absence de maladie et même l'absence de risque de maladie et, à l'extrême droite, des individus souffrant de maladie et de ses conséquences néfastes.

17. Whitehead M, Dahlgren G (1991).

18. OMS (2002). Fonctions essentielles de santé publique : le rôle des Ministères de la santé.

Population concernée



La *promotion de la santé* agit bien avant la survenue de la pathologie, avant même la survenue des risques à l'origine de la maladie. Elle est « l'ensemble des activités qui visent au changement des comportements individuels ou à l'amélioration des conditions environnementales et qui permettent à une population d'être en meilleure santé »¹⁹. Les exemples sont l'apprentissage du lavage des mains ou des dents à l'école, le traitement des eaux usées, l'assèchement des marais (qui diminue la pullulation des moustiques vecteurs de la malaria) ou encore la promotion d'une activité physique.

La *prévention primaire*, elle, se situe légèrement plus à droite sur notre échelle, plus loin dans le temps. Elle constitue « l'ensemble des mesures qu'une communauté mettra en place pour se prémunir de la survenue ou de la propagation des

19. OMS (1986). Promotion de la santé : charte d'Ottawa.

maladies»²⁰. Nous pouvons citer comme exemple l'amélioration de l'accès aux soins dentaires, la mise à disposition de pastilles pour la désinfection de l'eau consommée, la distribution de moustiquaires dans les régions fortement touchées par la malaria ou encore les mesures mises en place contre la sous-alimentation et la malnutrition.

La *prévention secondaire* agit sur la population déjà malade chez qui les mesures de *promotion de la santé* ou la *prévention primaire* n'ont pu éviter le développement de pathologies. Elle *tente de limiter les conséquences néfastes de la maladie et de prévenir ses complications*. Les pays du Sud sont, à l'heure actuelle, en pleine transition épidémiologique avec une augmentation drastique des pathologies émergentes que sont les maladies non transmissibles (diabète, hypertension, obésité, etc.). La *prévention secondaire* dans ce contexte joue un rôle majeur, par exemple, en traitant l'hypertension pour réduire le nombre d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou en recommandant l'administration d'aspirine chez les patients à risque d'infarctus cardiaque.

La prévention *tertiaire* (non mentionnée dans la figure précédente) représente l'ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter la survenue de rechutes des maladies.

Les soins de santé primaires, quarante ans après Alma Ata

La déclaration d'Alma Ata a été établie à l'issue d'une conférence internationale, tenue du 6 au 12 septembre 1978²¹. Ce texte, qui fournit la première définition internationale de ce que sont les soins de santé primaire, s'inscrit dans un contexte particulier : dans la dernière décennie de la guerre froide (fin 1960 à début 1970), les programmes de santé verticaux prônés par les Etats-Unis et l'OMS ne séduisent plus et leur application aux pays émergents ne semble pas réaliste²². La déclaration d'Alma Ata souligne alors la nécessité d'une action urgente des gouvernements, des personnels de santé ainsi que de la communauté pour protéger et promouvoir la santé des peuples du monde. Malgré les critiques sur son aspect irréaliste, utopique et peu précis, elle sert encore de référence pour l'orientation et la planification de nombreux projets de soins.

20. OMS (1999). Glossaire de la promotion de la santé.

21. OMS (1978). Déclaration d'Alma Ata.

22. Marcos Cueto (2004).

Les soins de santé primaire selon la déclaration d'Alma Ata :

1. reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé ainsi que sur l'expérience de la santé publique ;
2. visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;
3. comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et des lésions courantes ainsi que la fourniture de médicaments essentiels ;
4. font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et les domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ;
5. exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer ;
6. doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis ;
7. font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé – médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels – tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.


Réappropriation par la communauté des services de santé et lutte contre la corruption

En Afrique subsaharienne, la majorité des pays sont gouvernés et administrés de façon verticale et pyramidale (voir chapitre *Concepts généraux, Qu'est-ce qu'un centre de santé et à quel niveau se situe-t-il?*). Pour des raisons souvent historiques, héritage d'un passé colonial, l'organisation de la santé se fait par un État et un ministère localisé à la capitale.

En réaction à l'inefficacité des pouvoirs centraux et en réponse aux insuffisances des services de santé, on observe, dans ces pays depuis les années 1990, des efforts de décentralisation émanant des communautés (de la base) pour se réapproprier l'organisation de plusieurs domaines sociétaux avec, entre autres, la planification des services de soins primaires²³. Ces efforts se sont étendus et proviennent à présent également du centre (des gouvernements) et sont encouragés et soutenus par les organismes internationaux²⁴. La mise en place de centres de santé de base et de prestations de soins primaires en région rurale fait partie de l'effort des communautés pour se réapproprier la gestion de leur propre santé. C'est dans ce contexte et dans le but d'augmenter l'accessibilité aux connaissances sur le sujet que ce guide s'inscrit.

Dans nos recherches, nous n'avons pu trouver de recommandations englobant l'ensemble du processus d'ouverture d'un centre de santé en région rurale. Il existe, certes, en Afrique de l'Ouest (Mali, Guinée, Burkina Faso, etc.), au Rwanda ou en Afrique du Sud, des normes et des « Paquets minimum d'activités » (PMA) pour les structures de santé de premiers recours. Mais ces derniers sont souvent focalisés sur les aspects techniques, légaux, de matériels ou de prestations de soins purs. Ils n'intègrent pas le diagnostic et l'étude des besoins communautaires, le lien avec la communauté, la promotion de la santé, la notion de pérennisation de la structure, etc.

Constat malheureux, la corruption des instances politiques est problématique dans nombre de gouvernements. Les pays à faible revenu sont particulièrement touchés par ce fléau²⁵. Bien que constatée ou perçue par les acteurs d'un projet, ces aspects peuvent très vite faire le fruit de tabous et de non-dits dangereux. Le désastre de la corruption des classes dirigeantes et de certains élus doit donc être combattu.



La mise en place de prestations de soins primaires en région rurale fait partie de l'effort des communautés pour se réapproprier la gestion de leur santé.

23. Le Bay S, Loquai C (2008).

24. Soura BD, Coulibaly SS (2014).

25. Cremer G (2008).

Comment définir la ruralité ?

Il n'existe pas de consensus sur la définition de la ruralité. Dans la littérature, les notions sur le domaine varient selon ce qui motive la classification²⁶. On retrouve des utilisations du terme « rural » se référant à une taille de population, à sa densité, à l'isolement, à une restriction d'accès aux soins ou à d'autres variables socioéconomiques. Dans certains pays, le seul critère distinctif est parfois purement géographique : est rural ce qui est externe aux zones urbaines.

Dans ce guide, nous définissons la ruralité comme *une région externe aux zones urbaines, moins densément peuplée (enclavée géographiquement ou non), dont la principale activité économique repose sur le secteur primaire (agriculture, sylviculture, etc.) et dont l'un des problèmes de santé publique principal est un faible accès aux soins de premier recours.*

Quel est le rôle des soins primaires en région rurale ?

Différentes études en région rurale des pays défavorisés ont montré que le faible accès d'une population à des soins primaires entraîne :

- des décès par complications obstétricales²⁷
- une forte mortalité des enfants de moins de 5 ans^{28, 29}
- une baisse de la couverture vaccinale³⁰
- une chute de l'utilisation des méthodes contraceptives^{31, 32, 33}
- une baisse de la prise en charge et de l'adhérence thérapeutique pour certaines pathologies (maladies chroniques et/ou traitement au long cours)³⁴

La réalisation d'au moins cinq des buts du volet santé des Objectifs de développement durable (ODD) édictés en 2016 par l'ONU est donc en lien immédiat avec l'amélioration de l'accès aux services de santé primaire³⁵.

26. Muula AS (2007).

27. van den Broek NR, White SA, et al. (2003).

28. Frankenberg E (1995).

29. Thaddeus S, Maine D (1994).

30. Acharya LB, Cleland J (2000).

31. Debpuur C, Phillips JF, et al. (2002).

32. Seiber EE, Bertrand JT (2002).

33. Entwisle B, Rindfuss RR, et al. (1997).

34. Wilkinson D, Tanser F (1999).

35. Objectifs de développement durable (2016). Organisation des Nations Unies (ONU).

Qu'est-ce qu'un centre de santé et à quel niveau se situe-t-il ?

Les zones francophones d'Afrique se caractérisent par des services de santé publics relativement similaires d'un pays à l'autre, organisés selon un schéma pyramidal de « niveau ».

En bas de la pyramide, on distingue un premier niveau, généralement non médicalisé (sans médecin ou infirmier), que constitue la pratique des agents de santé communautaires (ASC) et/ou des matrones traditionnelles. Le nom du lieu qui accueille les ASC est variable (*case de santé, poste de santé, etc.*). Les ASC sont souvent des membres de la communauté et leur rôle consiste en des activités de promotion et de prévention de la santé et d'identification ou de communication sur les problématiques de santé au sein de la population. Dans certains pays, ils dispensent des médicaments de base (solutions de réhydratation orales, vermifuges, parfois quelques antibiotiques) et administrent les vaccins. Pour répondre aux objectifs de la déclaration d'Alma Ata et, face au manque de personnel médical et paramédical formé à l'époque, la pratique d'ASC a été promue dans nombre de communautés dès les années 1980. Malheureusement, en raison d'un manque d'encadrement, de l'isolement et du peu de moyens matériels ou financiers mis à disposition, on a pu assister à certaines dérives dans la pratique des ASC, ces derniers se comportant comme de « petits docteurs » formés sur le tas. Les populations ont alors eu tendance à être méfiantes envers les soins prodigués dans les cases de santé et la mise en place des ASC a été négligée pendant un temps au profit de la formation de personnel spécialisé (médecin, infirmier, etc.). Ces dernières années, une réintégration de cet échelon communautaire s'observe, car elle va dans le sens de la réappropriation de la santé par la communauté. Cette fois, les instances locales et les gouvernements semblent veiller à un cahier des charges, un matériel ainsi qu'une supervision de leur activité plus « organisée ».

Le deuxième niveau des services de santé est constitué des centres de santé. Ces structures sont responsables de l'administration et de la planification des soins de santé primaires. De nouveau, leur nom varie d'un pays à l'autre (*dispensaire, centre de santé de base (CSB), hôpital de brousse, etc.*). Le centre de santé est donc le lieu de premier recours où la population se rend pour consulter un soignant (ou de deuxième recours si les ASC administrent des soins). Cette structure est dirigée par un personnel de santé dont le niveau de qualification minimal est celui d'un infirmier. Il n'implique pas nécessairement la présence d'un médecin dans la pratique des soins, mais est idéalement sous supervision médicale même à distance

Le centre de santé est le lieu de premier recours où la population se rend pour consulter un soignant.

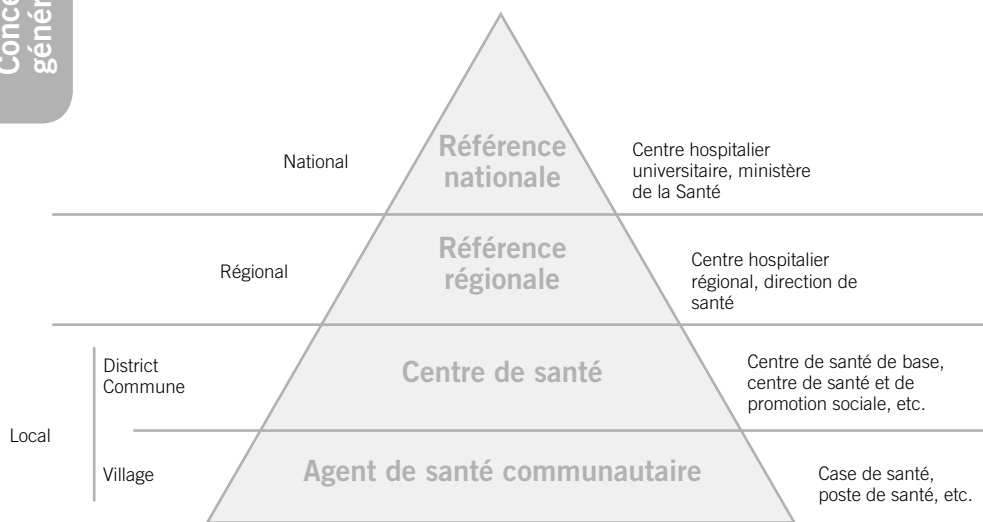
(par exemple, avec une visite et/ou une supervision médicale mensuelle, voire hebdomadaire). Le centre de santé est le plus souvent composé d'un espace consacré aux soins primaires, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments. Dans certains pays, les

patients nécessitant une surveillance sur quelques heures peuvent être hospitalisés, pour une durée moyenne de six heures et au maximum de vingt-quatre heures (si du personnel soignant est prévu durant la nuit). Les centres de santé contiennent rarement plus de quatre à six lits. Si le patient a besoin d'une prise en charge plus spécialisée ou d'une hospitalisation longue, il est adressé à l'hôpital de deuxième ou de troisième référence. Le *centre de santé* couvre généralement une population de 10 000 à 15 000 habitants dans un rayon de 5 kilomètres, dépendant, bien sûr, de la densité de population. Au Mali, par exemple, le gouvernement exige au minimum 5 000 habitants dans un rayon de 15 kilomètres, soit environ trois heures de marche, pour construire un centre de santé communautaire (CSCOM)³⁶. L'installation d'un centre de santé exige une certaine stabilité politique, communautaire et environnementale. Cette définition ne s'applique donc pas pleinement aux centres de soins mis en place dans des zones de conflits ou instables.

Le troisième niveau des services de santé correspond aux structures sanitaires de référence, situées en général au chef-lieu des districts, des départements ou des régions. Il s'agit théoriquement d'hôpitaux pouvant prendre en charge les urgences chirurgicales vitales (par exemple, les césariennes ou l'appendicite), pouvant faire des examens de laboratoire de base et/ou certaines imageries (échographies, radiographies). Ces hôpitaux accueillent généralement les directions de santé régionales administrant les régions sanitaires sous supervision du ministère de la Santé.

Enfin, le dernier niveau central, comprend le ou les Centres hospitaliers universitaires (CHU) nationaux, le ministère de la Santé, les principales institutions de formation (Faculté de médecine) et les centres de recherche.

36. Codjia L, et al. (2010).



Représentation d'un service de santé fréquemment rencontré en Afrique.

En théorie, l'organisation et le cahier des charges à chaque niveau de la pyramide est bien défini. En réalité, surtout dans les pays les plus instables d'un point de vue socioéconomique, le fonctionnement des structures diffère par rapport à leur cahier des charges. On peut, par exemple, observer des centres de santé n'ayant pas les moyens matériels d'administrer des soins de base ou des centres hospitaliers régionaux dépourvus de bloc opératoire ou d'imagerie en état de marche, tout comme il est possible que des centres de santé se dotent de moyens pour faire de la chirurgie. Les modalités de transfert des patients entre ces différents niveaux sont également souvent problématiques, voire inexistantes.

Dans les services de santé d'Afrique subsaharienne, l'ensemble de ces structures sont en relation plus ou moins étroite et planifiée avec des structures de santé à gestion privée. Cela a pour effet de complexifier la représentation de l'organisation des soins offerts à la population avec, souvent, une perte du schéma pyramidal.

Dans les régions rurales de nombreux pays, les pratiques de soins traditionnelles sont encore majoritaires. En parallèle et sans espérer forcément un dialogue direct entre deux visions très différentes de la santé (basée sur les preuves et traditionnelle), il est primordial de garder une attitude de respect envers les autres pratiques de soins qui sont reconnues par la population et lui rendent service. Ces démarches doivent s'inscrire dans l'objectif constant d'offrir un maximum de recours cohérents aux patients, en lien avec leurs croyances et leurs convictions, face à leur maladie.

Centre de santé public, privé ou mixte

Les structures de premier recours peuvent être de différents statuts : « public », « privé à but non lucratif » ou « privé à but lucratif ». Depuis quelques années, plusieurs expériences ont également été menées dans des projets de soins primaires administrés sous une forme mixte « public-privé »^{37, 38}.

Un centre de santé public est organisé, géré et administré par la communauté ou l'État. Sa planification financière découle de fonds publics et d'impôts. Les structures privées sont sous mandat d'institutions extra-gouvernementales et leurs fonds proviennent de bailleurs externes à la communauté, voire même étrangers. Dans ces centres, les employés sont sous mandat avec l'institution qui les emploie et n'ont pas un lien obligé avec l'État (en dehors des autorisations de pratique).

Ces différents statuts ont des influences majeures sur le fonctionnement d'un centre de santé. Par exemple, une structure publique emploie des médecins ou des infirmiers qui sont fonctionnaires de l'État et n'ont souvent pas le choix du lieu de leur affectation. Leurs salaires sont fixés et versés par l'instance publique avec tous les aléas que cela peut impliquer dans les régions les plus démunies. Un centre de santé privé offre plus de liberté d'emploi, mais les impératifs financiers poussent vers une activité focalisée sur les prestations « rentables », le plus souvent curatives (opération, prescription). Cette pression financière est renforcée dans un centre privé à but lucratif. Les mesures de promotion de la santé ou de prévention qui s'effectuent majoritairement en dehors du centre privé, n'offrent pas ou peu de retours financiers, et ont donc de fortes chances d'être délaissées.

Dans ce contexte, le modèle mixte public-privé est intéressant : il lie une pratique des soins relativement libérale, gérée financièrement par le médecin (ou la communauté au travers d'un comité de gestion), mais qui suit un cahier des charges, collabore et est coordonné par les organes centraux que sont l'État ou les instances de santé publique. Les exemples types sont l'expérience des CSCOM au Mali et les médecins généralistes communautaires du Bénin et de Madagascar, proposés par Santé Sud (*voir Fiche F : Comment favoriser l'installation de médecins dans les centres de santé communautaires ?*). Dans le futur, ces pratiques vont probablement se développer.

37. Desplats D (2014).

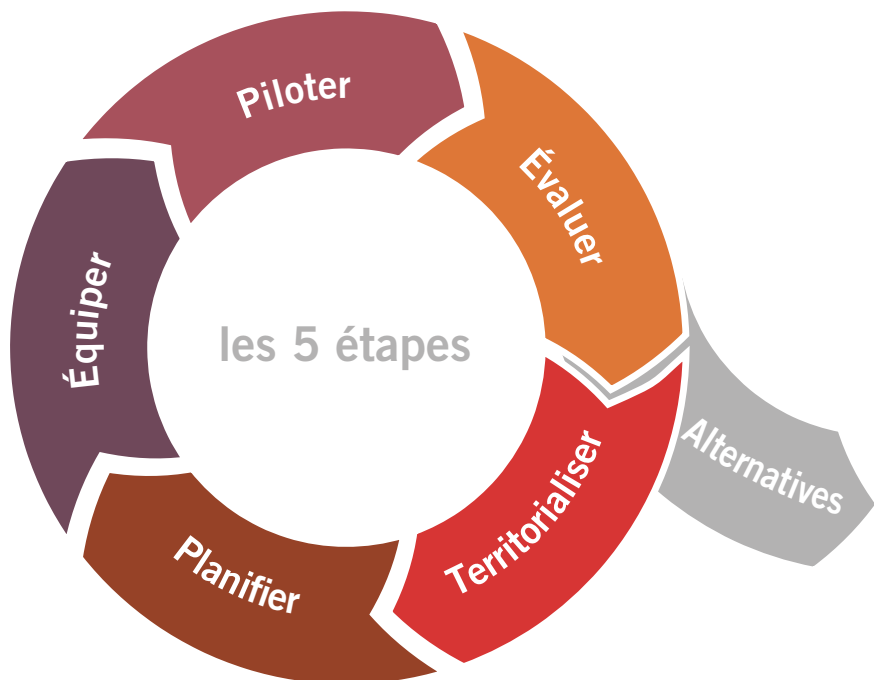
38. Balique H, Ouattara O, Akory Ag I (2001).

Étapes de l'ouverture ou de la réhabilitation d'un centre de santé

Lorsqu'elle est indiquée, l'ouverture ou la réhabilitation d'un centre de santé se scinde en cinq étapes clés.

- 1 Évaluer les besoins avec la communauté.** Avant de commencer un projet, il est essentiel d'étudier la structure, les interactions et les démarches en cours, en matière de santé, dans la région et de révéler le besoin dans une structure de soins. Nous nommons cette étape le *diagnostic* des besoins en santé. Ce dernier permet d'inscrire le projet dans une action globale qui respecte les demandes et les besoins identifiés avec la population. Si le *diagnostic* ne place pas l'ouverture ou la réhabilitation d'un centre de santé au premier rang des priorités en matière de santé, les alternatives sont envisagées.
- 2 Inscrire le centre de santé dans le service de santé local (territorialiser).** Une fois le *diagnostic* des besoins effectué, si la mise en place ou la réhabilitation d'un centre de santé est jugée prioritaire et est validée, son implantation dans et avec la communauté peut débuter. Le centre de santé s'inscrit dans une dynamique locale et s'intègre aux réseaux de santé. Les acteurs impliqués, surtout s'ils proviennent de « l'extérieur » (ONG, association, bailleur externe, etc.), doivent mettre en place un partenariat fonctionnel avec les communautés, mais aussi avec l'État. Ce partenariat commence dès les premières étapes du *diagnostic* et se poursuit par l'intégration du centre de santé dans les services de santé locaux.
- 3 Planifier l'activité du centre de santé.** Avant toute étape ultérieure, l'activité du centre de santé doit être anticipée. On veille, à cette étape, à la clarification des prestations qui seront offertes et à une réflexion sur les aspects financiers et les ressources humaines.
- 4 Équiper et entretenir le centre de santé.** Le bâtiment, son agencement et son architecture influencent fortement la pratique des soins et sa fréquentation par la population. Les aspects d'approvisionnement, d'acheminement et de sélection du matériel ou des médicaments sont également complexes, surtout dans les régions reculées. Les démarches logistiques, comme l'assainissement, la gestion des déchets ou des eaux usées (voire des corps défunts) ou l'hygiène, ne doivent pas être négligées. Enfin, ces prochaines années, l'utilisation d'outils informatiques mobiles (tablettes ou téléphones) sera toujours plus fréquente dans la pratique des soins, et ce même en région rurale.

- 5 **Piloter le centre de santé.** Le centre de santé construit et équipé, certains points fondamentaux vont influencer les bonnes pratiques et la qualité des prestations offertes. Parmi eux, le financement des soins, domaine complexe, surtout lorsqu'on exerce auprès de populations pauvres. Un bon équilibre entre des prestations dites « curatives » ou de prévention de la santé assure également l'impact positif du centre sur la communauté et le lien avec cette dernière. L'épineuse question des indicateurs de santé, servant au suivi et à la documentation de l'activité du centre, est fondamentale. Enfin, des réflexions sur la pérennité (financière, en maintenance, etc.) sont au cœur de la réussite de tout projet de santé.



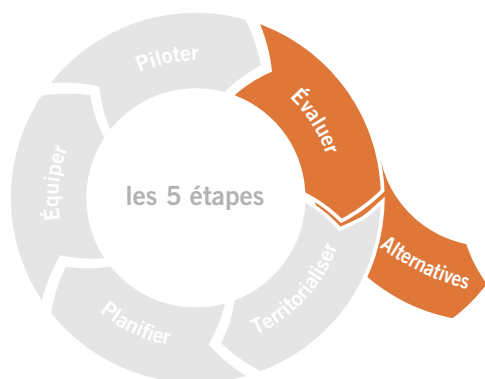


► 1. Évaluer les besoins avec la communauté

Il est essentiel d'étudier les démarches en matière de santé dans la région et de révéler le besoin en un centre de santé. Nous nommons cette étape le *diagnostic* des besoins en santé. Ce dernier permet d'inscrire le projet dans une action globale qui respecte les demandes et les besoins identifiés avec la population.

Dans ce chapitre nous abordons :

- les principes du diagnostic des besoins en santé
- la particularité des régions rurales en termes de répartition des pouvoirs
- les étapes pratiques du diagnostic
- la distinction entre besoin, demande et offre de santé
- l'importance de ne pas poursuivre un projet de santé s'il n'a pas été validé comme besoin
- les alternatives à l'ouverture d'un centre de santé



Fiche A : Le diagnostic communautaire intégral, Equateur

Fiche B : Créer une véritable dynamique communautaire en faveur de la santé, Bénin



Diagnostic des besoins en santé

Tout projet de santé en zone rurale requiert une analyse en amont des besoins. Dans les projets verticaux, provenant du sommet et des instances publiques centralisées, les équipes de projet omettent trop souvent l'échange avec les populations. Nous avons donc tenu à nous inspirer d'outils d'évaluation des besoins, d'outils pour le *diagnostic*, ayant fait preuve de leur efficacité et plaçant la communauté comme principal acteur du travail.

Tout projet de santé en zone rurale requiert une analyse en amont des besoins.

Dans nos recherches des méthodes d'analyse des besoins, nous avons été séduits par un outil utilisé de longue date en zone rurale nommé « Rapid Participatory Appraisal » (RPA)³⁹ ainsi que par les expériences dans le domaine de la Fondation Terre des hommes⁴⁰, de la Centrale Sanitaire Suisse romande (voir *Fiche A: Le diagnostic communautaire intégral: un outil pour définir les priorités par et pour la communauté*), de l'association Médecins du Monde (voir *Fiche B: Créer une véritable dynamique communautaire en faveur de la santé grâce à un diagnostic participatif*) et de l'association Enfants du Monde (voir *Fiche C: Les dialogues communautaires dans la santé maternelle et néonatale: quelles opportunités et quels défis?*).

Sous des dénominations différentes (*RPA, diagnostic communautaire, diagnostic participatif, Méthode accélérée de recherche participative, Rapid Rural Appraisal*) et avec des méthodologies quelque peu variables, ces ONG utilisent des approches dotées d'objectifs similaires: *ces diagnostics consistent en une étude, par une équipe de terrain, sur un temps défini et avec la participation de la communauté, des grandes tendances et des besoins locaux en matière de santé*⁴¹. Ces approches permettent d'identifier les besoins, de prioriser, de planifier et, dans certains cas, de mettre en œuvre des actions pour améliorer la santé, en partenariat, voire, dans les meilleures configurations, à l'initiative de la communauté. Elles ont l'avantage d'offrir à la population un levier qui lui permette d'agir sur sa santé, d'intégrer la communauté dès les premiers instants d'un projet de santé (ce qui indéniablement aide au succès des démarches) et de mettre à disposition de la base des espaces et des temps d'expression. Les méthodologies de ces *diagnostics* ont cela en commun qu'elles placent l'équipe d'évaluation au rang de « facilitateur » ou de « catalyseur », tandis que la population est actrice du projet.

39. Annett H, Rifkin SB (1994).

40. Crausaz A (2011).

41. Dreyer P (2002).

Définition de la communauté et étude des déterminants de sa santé

Certaines des méthodes de *diagnostic* insistent sur l'importance de se questionner, avant de commencer l'analyse de terrain, sur la nature et le fonctionnement socioculturel de la communauté dans laquelle est envisagé le projet. La communauté est « un groupe hétérogène de personnes en constante évolution vivant dans un espace géographique déterminé (territoire), confronté à des conflits internes et externes et partageant des intérêts, des coutumes, des croyances et des activités communes »⁴². Elle est un groupe de personnes qui cohabitent dans un contexte physique et psychologique spécifique. Au-delà d'habitants d'une commune ou d'un district, la communauté peut se révéler être un groupe de sans-abri, un groupe de villages enclavés ou un groupe de personnes pauvres réfugiées sur un terrain. Cette réflexion préliminaire permet, entre autres, de voir quelles sont les personnes à ne pas omettre lors du démarrage d'un *diagnostic* et d'identifier les motivations politiques ou sociales (différentes populations dans un même village, forte population migrante, etc.) qui pourraient potentiellement influencer les conclusions du *diagnostic*.

Après avoir réfléchi à la nature de la communauté, on peut s'intéresser aux questions qui motivent la venue des partenaires externes et les modalités d'interactions avec cette dernière :

- pourquoi collaborer avec la communauté ?
- quelles sont les structures sociales, hiérarchies ou principes culturels à respecter pour interagir avec la communauté ?
- qui sont les acteurs/personnes au sein de cette communauté et en dehors avec lesquels collaborer ?

Un projet, en précisant la nature et la place de la communauté mais aussi du partenaire externe, s'interroge donc sur l'historique de la demande : qui a exprimé un besoin ou formulé une demande ? S'agit-il d'un projet issu du sommet ou de la communauté elle-même ?

Ces différentes questions, même si elles paraissent triviales, aident à la constitution des bases d'un partenariat fonctionnel et le temps consacré à cette démarche auto-critique et réflexive aide à limiter les divergences de représentations intrinsèques à tout projet interculturel.

42. Crausaz A (2011).

À la suite de ces réflexions vient la partie « concrète » du *diagnostic* des besoins en santé. Cette démarche vise à étudier divers indicateurs (*voir chapitre 5, Indicateurs de santé*) et, de façon globale, les déterminants de la santé de la communauté cible. Pour systématiser leur analyse, les méthodes ou les expériences citées plus haut regroupent les déterminants de la santé à étudier en quatre pôles :

- communautaires
- structurels
- environnementaux
- politiques



Dans une démarche de diagnostic des besoins en santé d'une population, les déterminants de santé peuvent être groupés selon quatre pôles : communautaires, environnementaux, politiques et structurels. Après avoir pris soin de définir la communauté dans laquelle s'inscrit le projet, l'objectif de ce diagnostic est de créer une équipe d'évaluation qui investigue de façon générale chacun de ces points et détermine les besoins en santé de la population.

Répartition des pouvoirs en milieu rural

En milieu rural, deux groupes prédominent en termes de pouvoir : un groupe à légitimité traditionnelle possédant un pouvoir sur l'organisation villageoise (Chef de village, notable, chefs religieux, guérisseur) ; l'autre groupe à légitimité légale représenté par l'administration (maire, syndic, député, ministre). Dans les régions enclavées, c'est souvent le premier groupe qui règle les affaires communautaires courantes.

Comme le succès de tout projet dépend de l'implication de la communauté, il est essentiel, en tant qu'acteur externe à la communauté, de déterminer une personne issue de cette dernière qui sera « porteuse » des démarches en collaboration avec l'équipe d'évaluation et de mise en place. Un lien de confiance est établi et le rôle essentiel de cet acteur pour le succès de l'entreprise doit être nommé et reconnu.

Les neuf étapes pratiques du diagnostic

Nous avons simplifié et retenu neuf étapes nécessaires à la réalisation d'un *diagnostic* des besoins en santé d'une population. Ces étapes s'effectuent en collaboration avec la communauté par l'instauration régulière, par exemple, de tables rondes, de séances plénières entre autres. Nous détaillons ces étapes à titre illustratif. Les personnes souhaitant réaliser un *diagnostic* communautaire ou participatif plus élaboré peuvent compléter ces informations avec les textes de référence sur le sujet, disponibles dans la bibliographie.

Les neuf étapes du diagnostic des besoins en santé

- **Étape 1 : choisir et définir la méthodologie diagnostique**
- **Étape 2 : introduire la démarche diagnostique auprès de la communauté**
- **Étape 3 : établir une équipe d'évaluation**
- **Étape 4 : définir les déterminants de santé à investiguer**
- **Étape 5 : récolter des informations sur les déterminants de santé auprès de trois sources essentielles que sont les personnes clés, les documents et l'observation directe**
- **Étape 6 : établir une carte sanitaire de la région**
- **Étape 7 : analyser les informations récoltées en croisant les trois sources essentielles**
- **Étape 8 : établir des priorités d'action en matière de santé**
- **Étape 9 : organiser une réunion de restitution avec l'ensemble des personnes clés rencontrées et la communauté et valider les actions futures**

Étape 1 Choisir et définir la méthodologie diagnostique

Les objectifs, la durée dans le temps du diagnostic (généralement d'un mois à un an), le nombre de personnes dans l'équipe d'évaluation, son coût, etc., doivent être planifiés. Un cadre clair de déroulement du *diagnostic* est mis en place.

Étape 2 Introduire la démarche diagnostique auprès de la communauté

Afin de permettre la pleine participation de la communauté, on organise des séances d'information et d'introduction et on soutient éventuellement la création, s'ils n'existent pas, de comités de santé par villages, par quartiers, etc.

Étape 3 Établir une équipe d'évaluation

Son rôle sera d'identifier les besoins en santé sur une durée prédéfinie (généralement de quelques semaines). L'intégration des personnes dans cette équipe tient compte du fait qu'elles sont membres de la communauté ou de leurs compétences, de leur intérêt dans le domaine. La direction de cette équipe est attribuée aux membres de la communauté ou aux membres de l'organisme initiant le projet. Le diagnostic des besoins s'effectue de façon neutre, sans conflit d'intérêt et en ne prenant pas parti pour un groupe. Une charte est proposée et l'équipe d'évaluation s'engage à respecter certains principes fondamentaux, comme, par exemple, le respect des personnes interrogées ou la promotion d'une position d'écoute et d'empathie face à la population. L'équipe des « évaluateurs » constituée à cette étape sert idéalement de groupe de référence, tout au long du processus.

Étape 4 Définir les déterminants de la santé à investiguer

Les quatre groupes de déterminants de la santé cités au préalable permettent une approche globale. Nous proposons une liste non exhaustive de déterminants et d'indicateurs à investiguer.

• Déterminants communautaires :

- démographie : répartition des populations par âge et par sexe
- les responsables et les personnalités influentes
- l'organisation de la communauté
- le statut administratif, la place et le rôle des villages

• Déterminants environnementaux :

- l'environnement physique :
 - le climat
 - les routes
 - le relief

- les rivières et autres éléments naturels
- l'emplacement du chef-lieu de la zone sanitaire et des autres structures de soins
- l'environnement socioéconomique :
 - les activités et les emplois locaux
 - les revenus
 - la scolarisation
 - le niveau d'éducation
 - l'histoire
 - les origines sociales
 - la présence de différentes ethnies, de différents groupes communautaires
 - les couleurs politiques
 - la tradition et les coutumes
 - les croyances et les représentations locales au sujet de :
 - la mort
 - la maladie (épilepsie, HIV, etc.)
 - la folie
 - la sexualité
 - la place de la femme
 - la notion de genre et d'orientation sexuelle
 - l'importance des activités associatives
- l'environnement sanitaire :
 - les femmes en âge de procréer
 - le taux de fécondité
 - l'espérance de vie à la naissance
 - la prévalence des principales maladies et causes de mortalité
 - maladies à potentiel épidémique et leur seuil d'alerte ;
 - prévalence des maladies tropicales négligées⁴³ ou de noma⁴⁴
 - la mortalité infantile (enfant de moins de 1 an) et néonatale (enfant de moins de 1 mois)
 - la couverture vaccinale
 - le taux de malnutrition aiguë, modérée et sévère
 - la sécurité alimentaire et la présence de période de « soudure » (période qui sépare l'épuisement de la récolte précédente de la nouvelle récolte pendant laquelle les paysans doivent acheter de la nourriture) et leur durée moyenne

43. OMS. Maladies tropicales négligées : principaux repères (www.who.int/topics/tropical_diseases/factsheets/neglected/fr).

44. Enwonwu CO (2006).

• Déterminants structurels :

les structures environnementales :

- l’habitat
- l’électrification
- l’accès à l’eau
- les moyens de communication (téléphone, réseau internet)
- la gestion des déchets
- les latrines et leur habitude d’utilisation
- la gestion des corps défunts

– les structures sociales :

- les assurances, les mutuelles de santé
- le système éducatif et les écoles
- les agences bancaires
- les marchés
- les lignes de car, de taxi brousse
- l’accessibilité à moto ou en voiture
- le prix de l’essence

– les structures de santé :

- les structures de soins existantes (privées, publiques, associatives)
- l’organisation des services de soins
- les relations entre les structures de santé
- l’accessibilité et le recours aux soins de la population
- les prestations de soins
- le prix et le financement des coûts de la santé
- les dépôts de médicaments, l’accessibilité et le prix des traitements
- la présence d’agents de santé communautaires et leur rôle
- les tradipraticiens et les matrones traditionnelles
- les pratiques d’accouchements
- la formation des soignants
- le système de référence (localisation de l’hôpital de référence, ambulances, motos, outils de communication)

• Déterminants politiques :

politique en matière de santé :

- l’organisation du système de santé publique
- la gestion et le fonctionnement des centres de santé publics
- les programmes nationaux de santé publique
- les stratégies de santé primaires existantes (vaccinations, postes avancés, cliniques mobiles)

Étape 5 Récolter des informations sur les déterminants de santé auprès de trois sources essentielles que sont les personnes clés, les documents et l'observation directe

- Les personnes clés :
 - responsables politiques et gouvernementaux
 - personnalités influentes de la communauté :
 - chefs de village
 - chefs religieux
 - chefs d'autres organisations communautaires (groupe de femmes, travailleurs, etc.)
 - professionnels des services sociaux et sanitaires
 - tradipraticiens
 - enseignants
 - gérants de magasin
 - propriétaires terriens
 - membres d'ONG implantées dans la région
- Les documents :
 - registres et statistiques officielles du service de santé publique
 - registres et statistiques officielles d'autres services (environnement, social, eau, gestion des déchets, etc.)
 - registres des hôpitaux et autres structures de santé
 - rapports de projets déjà menés dans la région
 - rapports d'étude de terrain menée dans la région (universités, organisation locale ou internationale)
 - documents historiques
 - recherches ciblées sur internet
- L'observation directe

Étape 6 Établir une carte sanitaire de la région

On y représente la répartition des populations dans des cercles de rayon de 5 kilomètres, de 5 à 15 kilomètres et de 15 à 20 kilomètres. Le centre de ces cercles de population devient le « centre de l'évaluation » (*voir chapitre 2, Sélection d'un lieu d'implantation*). Peuvent également figurer sur cette carte les routes, les rivières, les villages, les structures de santé existantes et tout autre élément déterminant pour la santé.

Étape 7 Analyser les informations récoltées en croisant les trois sources essentielles

On établit à cette étape la liste des *problématiques de santé* et leurs *solutions*. La mise en place d'un centre de santé constitue l'une des solutions possibles parmi d'autres.

Étape 8 Établir des priorités d'action en matière de santé

Nous proposons ici un outil pour établir la liste des actions prioritaires de santé qui sera discutée avec la communauté. Chaque solution aux problématiques de santé est notée en suivant six critères :

- le bénéfice sanitaire
- la capacité de participation et d'implication de la communauté
- la durabilité
- l'équité du projet entre les différents groupes concernés
- le coût
- le délai avant le bénéfice

Pour chaque critère, une note 1 à 3 est attribuée. La somme des notes définit la priorité de mise en place des actions.

Solution potentielle	Bénéfice sanitaire	Implication de la communauté	Durabilité/pérennité	Équité	Coût	Délai avant le bénéfice	Score	Priorité
Construction dans chaque foyer de latrines	+++	++	+++	+++	+	++	14	(2)
Rénovation des routes et entretien	+	+++	+	+	+	+	8	(4)
Mise en place de centres de collecte des déchets	++	+++	++	++	++	+	12	(3)
Ouverture d'un centre de santé dans une zone enclavée dépourvue d'accès aux soins	+++	+++	+++	+++	+	++	15	(1)

Exemple pour un projet fictif de tableau regroupant les plans d'action présentés à la communauté et leur évaluation selon six critères. Ce tableau est utilisé lors du retour à la communauté et guide le choix du projet de santé à prioriser.

Étape 9 Organiser une réunion de restitution avec l'ensemble des personnes clés rencontrées et la communauté et valider les actions

Les solutions et les plans d'action de santé sont présentés à cette occasion selon leurs priorités attribuées. Ils sont revus et discutés avec la communauté. Cette rencontre permet de valider ensemble l'action qui sera entreprise pour améliorer la santé dans la région. Si le projet de mise en place de centre de santé est en première place et est validé par la communauté, il sera discuté avec les autorités responsables pour approbation. Sinon, les actions et les projets placés prioritairement seront réalisés au préalable (*voir fiche B : Créer une véritable dynamique communautaire en faveur de la santé grâce à un diagnostic participatif*). Un rapport de cette évaluation est ensuite rendu et est à disposition de l'ensemble des habitants de la région.

Le diagnostic communautaire intégral : un outil pour définir les priorités par et pour la communauté

L'expérience de la Centrale Sanitaire Suisse romande en Equateur



Initié, réalisé et partagé avec et pour la communauté, le diagnostic communautaire a permis, en Amazonie équatorienne, d'instaurer des actions stables au sein des communautés. Pleinement impliquées dans la définition, la sélection et la mise en œuvre de solutions, les populations sont devenues actrices de leur propre développement.

Le projet en bref

L'exploitation pétrolière en Amazonie équatorienne s'accompagne de pratiques nocives pour l'environnement et est la cause d'un désastre tant écologique que sanitaire. Un mouvement contestataire a permis la condamnation en justice d'une entreprise pétrolière et a demandé la réparation des dommages causés par la décontamination des sols, la mise en place d'un système de santé, la réintroduction de certaines espèces animales disparues et la réparation des dommages culturels. Refusant le verdict, l'entreprise a porté, depuis des années, le procès devant des cours nationales et internationales et aucune mesure n'a été mise en œuvre. Face à cette léthargie, la communauté a décidé de se mobiliser.

Points clés

Une initiative issue de la communauté

Dans ce contexte, un groupe d'autochtones et de paysans (UDAPT) s'est formé pour représenter la communauté, défendre ses intérêts et mettre en place des mesures pour l'amélioration des conditions de vie dans les régions affectées. Pour identifier les priorités d'intervention et définir les actions de réparation à entreprendre, ce groupe a initié la mise en œuvre d'un diagnostic communautaire. Pour mener à bien cette évaluation, il s'est entouré de partenaires aux ressources et aux connaissances complémentaires : la Clinica Ambiental (CA), une association locale menant des actions de réparation au sein des communautés affectées, et la Centrale Sanitaire Suisse romande (CSSR), ONG basée en Suisse œuvrant au respect des droits de santé des populations.

Des communautés et des acteurs locaux impliqués de la conception à la réalisation du diagnostic

La consultation des autorités locales en amont a permis d'obtenir leur aval. Étant l'un des groupes cibles du diagnostic, leurs représentants se sont soumis aux questionnaires et ont participé aux séances de restitution. Avoir facilité une forte implication des autorités aux différentes étapes du diagnostic s'est avéré bénéfique pour faciliter l'entrée dans les communautés et obtenir leur engagement dans la mise en œuvre des mesures adoptées.

L'Université andine a apporté son appui pour la conception des questionnaires et le traitement statistique des données, renforçant ainsi la validité du diagnostic. Les populations locales ont été fortement impliquées dans le processus de collecte des données. Trente-cinq personnes

issues des communautés et désignées par l'UDAPT ont été formées durant deux jours aux différentes méthodes d'investigation, à l'utilisation des outils disponibles, aux termes et aux notions médicales utilisés. Un examen final a permis de s'assurer de leurs compétences. Ce pool a permis de garantir la présence constante de deux membres des communautés locales dans chaque équipe d'enquêteurs, en plus des médecins, des géographes et des responsables de zone.

Pour mobiliser les jeunes, lors de la réalisation du diagnostic, l'outil vidéo s'est avéré un levier efficace : en collaboration avec un réalisateur reconnu du pays, un groupe de jeunes s'est consacré au montage d'un documentaire retranscrivant une série de témoignages sur les impacts sanitaires de la contamination. Au-delà de son impact, en termes de sensibilisation, la vidéo a permis de renforcer le rôle des jeunes dans le développement de leur communauté. Encore aujourd'hui, la diffusion de cette vidéo répond à une double finalité : créer des espaces de discussion et de débat et provoquer une réaction des autorités sanitaires en les responsabilisant et en

les incitant à prendre des engagements.

Des solutions issues et validées par la communauté

Les questionnaires ont offert aux personnes interrogées une large place pour les suggestions et les recommandations. Avoir compilé ces propositions en amont des ateliers de restitution a permis d'orienter les séances vers la prise de décision, la sélection de solutions et l'engagement des personnes présentes. Ainsi, la communauté a eu pleinement conscience que le diagnostic n'était pas une fin en soi, mais bien, au contraire, le début d'une démarche collective. Afin de répondre à l'enthousiasme communautaire et aux multiples sollicitations reçues, le nombre d'ateliers de restitution a été augmenté et cinq ateliers thématiques (cancers, soins primaires, eau, environnement, culture) ont été organisés avec des représentants d'institutions diverses (autorités sanitaires, société civile, autorités locales). Malgré l'impact en termes de coûts et de temps, cette adaptation s'est avérée bénéfique pour favoriser l'implication de tous dans la mise en œuvre des mesures adoptées, notamment la création de comités de gestion.

“ Je crois qu'une quantité énorme de propositions a émergé. Il faut récupérer les organisations de base qui peuvent donner des réponses aux gens. [...] Pour nous, le diagnostic est un point de départ, pas un point d'arrivée. Et le point de départ était précisément de pouvoir identifier l'utopie vers laquelle nous pourrions nous diriger et ce qu'on devra construire au long de ce chemin. ”

Adolfo Maldonado, coordinateur du projet de la Clínica Ambiental.

La santé pour tous en zone rurale



Quels enseignements ?


Le diagnostic se base sur de multiples facteurs

Tout diagnostic analyse différents déterminants de la santé: structurels, environnementaux, communautaires et politiques. Dans ce cas précis, le diagnostic a aussi évalué le bien-être général des communautés et la dignité des personnes vivant dans ces zones affectées. Des éléments, tels que l'exposition des populations aux sources de pollution, ont été considérés, ainsi que les initiatives de protection de la nature (nombre et existence de zones protégées, activités de préservation), la dynamique de production et les relations commerciales ou encore l'état du noyau familial et la relation avec les proches et les voisins. Cette considération holistique de la santé est particulièrement importante dans un contexte où la dégradation de l'environnement a un fort impact sur l'état de santé des populations.

Cartographie des résultats: un outil efficace

Réalisée par des géographes, la cartographie des sources de contamination (puits, piscines, stations, cheminées) et des passifs environnementaux des zones affectées a donné un retentissement très fort par la présentation visuelle des résultats. C'est un outil efficace de plaider auprès des autorités locales.

La communauté a eu pleinement conscience que le diagnostic était le début d'une démarche collective.

- ▶ Le diagnostic communautaire permet de cerner la situation sanitaire d'une population à un moment donné, en prenant en compte les déterminants environnementaux, sociaux et culturels.
 - ▶ La communauté est impliquée à toutes les étapes du diagnostic, de la conception à la réalisation, sans oublier la restitution.
 - ▶ Le diagnostic communautaire permet d'apporter des solutions adéquates et portées par la communauté elle-même.
- 

POUR ALLER PLUS LOIN

⊕ *Références et liens*
<http://css-romande.ch/projet/equateur/>

✉ *Contact*
Alicia Pary, chargée de projet à la CSSR
info@css-romande.ch

Clarification de la demande, des besoins et de l'offre en santé

Des réflexions sur les concepts fondamentaux de demande, de besoin et d'offre sont inévitables, et ce, quel que soit le domaine abordé d'un projet de centre de santé (études des ressources humaines, approvisionnement en matériel, définition du catalogue des prestations, etc.).

La demande

représente les désirs de la population face à une problématique de santé. Elle provient de l'intérieur de la communauté et émane des besoins primaires perçus par les individus qui tentent d'éviter la souffrance et d'aspirer au bonheur. La demande d'une communauté peut donc être subjective.

Le besoin

correspond aux nécessités estimées de façon plus pragmatique sur un état de santé d'une population. Il se mesure par rapport à une norme acceptée comme telle par des scientifiques ou par une collectivité. Il vise à combler un écart entre un état de santé constaté par une collectivité ou des experts et un état de santé souhaité par ces mêmes intervenants. Demandes et besoins se rejoignent si ces éléments sont également ceux de la communauté concernée. Par exemple, une équipe gouvernementale peut définir, par un diagnostic communautaire, un besoin d'approvisionnement en eau pour réduire la mortalité. Ce besoin peut, ou non, correspondre à une demande exprimée par la communauté.

L'offre

est la solution proposée pour pallier une demande ou des besoins en santé. L'offre provient de la communauté elle-même ou d'acteurs externes comme d'autres groupes communautaires, l'État, les ONG, etc.

Il peut exister une divergence entre la demande communautaire et les besoins estimés par les professionnels (de la santé publique, mandatés par l'ONG, etc.). Cette dissension entre demande et besoin est le fruit de perceptions différentes d'une problématique par des groupes bénéficiant de connaissances inégales. La communauté suit certaines évidences qui dictent la demande (« l'ouverture d'un centre de santé ne pourra amener que du bien, il faut l'accepter à tout prix », « le centre de santé me permettra de bénéficier personnellement de soins », etc.), alors que le groupe professionnel a d'autres impératifs dictant le besoin (« le bénéfice populationnel prime sur le bénéfice individuel », « un centre de santé n'est pas le seul recours pour l'amélioration des soins », etc.).

Un besoin de santé peut donc être apprécié de la base (population) ou du sommet (« spécialistes »). Dans cet équilibre délicat, la demande doit provenir de la base, mais l'adéquation avec les besoins doit être appréciée du sommet.

Lors du *diagnostic* des besoins sur le terrain, certaines demandes peuvent porter à confusion. Il est important de distinguer les volontés collectives réelles, des « mobilisations communautaires falsifiées », fruits d'arguments rhétoriques indispensables pour obtenir des financements externes. En être conscient et se protéger de ces « fausses » demandes assure la pérennité du projet.

La demande doit provenir de la base, mais l'adéquation avec les besoins doit être appréciée du sommet.

Dans certaines circonstances spécifiques, l'offre est dynamique et des efforts peuvent être entrepris pour la modifier et l'améliorer. Pour illustrer ce point, prenons l'exemple de la constitution d'une équipe soignante dans un centre de santé en région rurale. On peut imaginer la situation suivante :

- la demande est une consultation assurée par un médecin
- les besoins estimés montrent qu'une consultation médicale serait bénéfique (en raison d'un fort bassin de population ou de l'absence de consultation médicale accessible dans les trois heures de marche)
- l'offre ne permet pas d'installer un médecin en raison de l'absence de candidat intéressé à pratiquer dans la région

L'objectif est alors d'identifier les limites intrinsèques à l'offre et d'y pallier. Dans notre exemple, l'offre en médecin en région rurale est limité par :

- le manque d'accès physique et l'isolement du personnel
- des conditions de vie plus rudes
- des salaires bas
- le manque de formation continue
- le manque de soutien personnel ou professionnel
- le manque de reconnaissance de la profession médicale rurale

D'énumérer ces différents points permet d'identifier ce qui permet d'améliorer l'offre dans le contexte des ressources humaines (*voir chapitre 3, Fidélisation des soignants en région rurale*). Après avoir agi sur ces limites à l'offre, un médecin pourrait tout à fait être intéressé à pratiquer dans la région au vu de l'amélioration des conditions de travail.

Faut-il renoncer à l'ouverture d'un centre de santé ?

Il est fondamental de pouvoir se désengager si le *diagnostic* montre que le projet de centre de santé n'est pas adapté ni prioritaire (même si a priori un diagnostic initial bien mené doit permettre de ne pas s'engager dans un projet avant que le besoin ne soit validé).

Dans beaucoup d'ONG, certaines initiatives tiennent particulièrement à cœur aux membres ou répondent à la pression de bailleurs déjà engagés financièrement. De ne pas se démobiliser alors que le *diagnostic* n'a pas montré de bénéfice ou d'engagement communautaire suffisant expose à des risques d'échec et à leurs conséquences néfastes (création de besoin, gaspillage de ressources, perte de confiance de la part des communautés, etc.).

Au vu des multiples solutions efficaces, validées et rentables pour l'amélioration de la santé d'une population, il est fort probable que, dans les milliers de projets de santé initiés dans le monde, la présence de besoins « réels » en structures de soins soit relativement faible. Si le *diagnostic* des besoins n'a pas désigné l'ouverture d'un centre de santé dans les démarches permettant l'amélioration de la santé, mieux vaut donc s'arrêter ici.

Les alternatives possibles

Dans ce guide, nous focalisons notre attention sur le centre de santé. Or, comme nous avons pu le mentionner, les déterminants de la santé, l'amélioration de la santé dans une population et l'accès à des soins primaires ne dépendent pas uniquement de la présence de structures de soins.

Les populations rurales mondiales représentent 75% des 1,2 milliard d'êtres humains qui, selon la Banque mondiale, vivent dans la pauvreté extrême (soit avec un revenu de moins de 1,25 dollar par jour)⁴⁵. Dans ces communautés, malgré la mise en place de structures de soins de qualité, les populations ne possèdent souvent pas les moyens de consulter pour des soins et d'accéder à du matériel payant et cher. Même si l'idée initiale est celle d'un centre de santé, l'évaluation diagnostique peut mettre en évidence d'autres besoins prioritaires. Il peut s'agir, par exemple, de

45. Ziegler J (2011).

démarches de prise en charge de la malnutrition (la moitié des décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde ont pour cause directe ou indirecte la malnutrition), d'assainissements (eau, gestion des déchets), de formation en matière de santé, de mise en place de mutuelles (*voir chapitre 5, Financement des soins en zones rurales*), de prévention, de désenclavement de certaines régions (gestion des routes, organisation des transports), etc.

Ces alternatives doivent être considérées en priorité si leur impact sur la santé est jugé plus important lors de l'étude des besoins avec la communauté.

Créer une véritable dynamique communautaire en faveur de la santé grâce à un diagnostic participatif

L'expérience de Médecins du Monde Suisse au Bénin



Chronophages et difficiles à financer, les diagnostics communautaires participatifs menés en amont d'un projet de santé sont parfois l'étape oubliée. L'investissement de départ en vaut pourtant la peine. En diagnostiquant elle-même ses ressources et ses besoins en matière de santé, la communauté des quartiers défavorisés de Cotonou a orienté les activités prévues : alors que la réponse qui s'imposait, à première vue, était l'ouverture d'une nouvelle structure de soins, elle a opté pour la mise en place d'une infirmerie scolaire et d'une mutuelle de santé, afin de compléter l'offre d'un hôpital partenaire existant. L'implication communautaire née de ce diagnostic a été garante de la pérennité des actions.

Le projet en bref

Médecins du Monde Suisse agit pour rétablir un accès durable à la santé en faveur des personnes exclues du système de soins. Dans sa vision de santé globale, elle agit sur le curatif, le préventif et la promotion de la santé, en particulier pour la santé materno-infantile.

Au Bénin, Médecins du Monde Suisse accompagne l'association IFMA, gérée par les sœurs salésiennes de Don Bosco. Cette organisation est active dans la protection des enfants dans les quartiers qui bordent le grand marché Dantokpa de Cotonou. Quelque 25 000 personnes vivent et travaillent dans ce marché, l'un des plus grands d'Afrique de l'Ouest. Ces quartiers de bidonvilles situés au cœur de la cité font face à deux problématiques majeures : l'insalubrité et la traite des enfants. Construits sur des amas d'ordures en marge de la lagune, ils ont été totalement délaissés par les autorités publiques. Les structures de soins sont mal connues et sous-utilisées. Le projet de Médecins du Monde Suisse agit sur quatre déterminants de la santé priorités par la communauté lors du diagnostic communautaire participatif initial :

- **l'éducation**, par le renforcement de centres d'éveil préscolaires et des aptitudes en santé des familles ;
- **l'hygiène**, par la construction de latrines au sein des espaces de préscolarisation ;
- **l'alphabétisation des adultes**, par la mise en place de cours du soir au sein des écoles publiques ;
- **l'accès aux structures de santé**, par la coordination entre la population et les acteurs sociosanitaires, l'installation d'infirmeries scolaires ainsi que la mise en place d'une mutuelle de santé.

Après deux ans, grâce à la bonne coordination entre les éducateurs, l'infirmier communautaire et les structures de santé, le nombre d'enfants de moins de 5 ans inscrits à des espaces d'éveil et à la mutuelle de santé a considérablement augmenté. Ces enfants ont reçu, en outre, des papiers d'identité et ont été suivis régulièrement pour ce qui est de leur santé.

Points clés

L'implication de la communauté a été un facteur clé de ce projet et le diagnostic communautaire participatif en a été le déclencheur.

Une méthodologie éprouvée

Le diagnostic initial a constitué un véritable processus de recherche

participative et communautaire, guidé du début à la fin par la population : de l'analyse de la situation et de l'identification des besoins à la définition des solutions et des mécanismes de mise en œuvre. Un pédiatre béninois de l'Université de Parakou, spécialiste en promotion de la santé, a été mandaté pour accompagner le processus. Les éducateurs des espaces « Éveils » de préscolarisation des quartiers

“ Dans le diagnostic communautaire, les populations voulaient l'accès à un centre de santé. Mais, dans les enquêtes, nous avons remarqué qu'il existait déjà des centres de santé qui n'étaient pas fréquentés. Dans les réflexions, l'option de la mutuelle a été retenue. C'était une forme alternative d'accès à la santé dans l'endroit où les populations demandaient à aller. ”

Un leader communautaire de Dantokpa

ciblés ont été formés et ont fait la récolte de données. Le processus a duré quatre mois. Plusieurs techniques de collecte de données ont été utilisées : huit sessions d'observation participatives, 47 entretiens individuels d'informateurs clés (identifiés selon un choix expertisé avec la méthode de saturation pour la taille de l'échantillon), 15 entretiens de groupe focalisés et 10 assemblées générales communautaires de validation des résultats obtenus. Au cours d'une assemblée générale de restitution, la communauté a hiérarchisé les problèmes et les solutions et a élaboré le planning des activités.

Une démarche accessible

Le coût de ce diagnostic participatif communautaire (moins de 10 000 francs) n'a pas été plus important qu'une « mission exploratoire » ou une évaluation initiale. La portée de son résultat a, en revanche, été bien au-delà de l'exploration, puisqu'il a enclenché un processus de responsabilisation et d'autonomisation communautaire. La cartographie des acteurs et des structures de santé socio-sanitaires réalisée durant le diagnostic a permis de travailler avec la direction de l'hôpital partenaire sur le mauvais accueil dans ce dernier et d'élargir l'accès de la mutuelle à d'autres structures de santé, qu'elles soient publiques ou privées. Les solutions retenues ont finalement été moins coûteuses que la construction d'un nouveau centre de santé.

Quels enseignements ?

Un gage de cohésion sociale

Le diagnostic communautaire participatif a créé la possibilité, pour les habitants des quartiers, d'avoir une réflexion sur leurs problèmes quotidiens, a éveillé leur sens critique et donné sens à leur implication. Au final, c'est toute une dynamique communautaire en faveur de la santé qui a été créée et non seulement un diagnostic.

Ce diagnostic a intégré les savoirs traditionnels en santé et les tradipraticiens. Il a également garanti une bonne compréhension et l'appropriation locale du projet. En outre, il a permis de comprendre, de manière plus approfondie, les perceptions locales ainsi que les comportements culturels et sociaux en matière de santé. Cette approche intégrée, adoptée au début du projet, a permis d'élaborer les formations et les activités en fonction de ces savoirs et de respecter ainsi, au mieux, les traditions et les habitudes en matière de santé.

Cette expérience a montré l'importance de ne pas brûler les étapes du processus participatif, de s'adapter au rythme des communautés, de respecter le temps et les décisions des comités de quartier. Pour cela, une certaine souplesse de l'association du Nord a été nécessaire.

Un partenariat académique

L'appui d'un consultant universitaire a apporté une qualité méthodologique. Il a, par ailleurs, ouvert des portes en matière de plaidoyer : la caution d'un accompagnement académique a donné aux conclusions une crédibilité supplémentaire aux yeux des politiques. En profitant d'un intérêt partagé (terrain de recherche utile au chercheur), cet appui n'a pas engendré de coûts supplémentaires.

Pour chaque problème et chaque solution priorités par la population, notre agent de développement communautaire a accompagné les comités pour réaliser un plaidoyer au niveau local. L'insalubrité a, par exemple, été identifiée comme un problème prioritaire. Comme Médecins du Monde Suisse ne s'estimait pas compétente en matière de solutions d'assainissement des quartiers, l'agent et les membres des comités de santé ont approché d'autres ONG locales et internationales. Un atelier sur cette question a été organisé avec les communautés, les directeurs des écoles et les autorités

représentées par les chefs d'arrondissement et les maires. Un autre exemple est l'identification par la communauté de la préscolarisation et de la pérennité de son accès comme priorité. Il a donc été décidé de continuer à soutenir les espaces de préscolarisation du partenaire et de travailler à leur intégration dans les complexes scolaires primaires, puis à leur reconnaissance par le ministère de l'Enseignement primaire.

POUR ALLER PLUS LOIN



Références et lien

- Vidéo de présentation du projet : <https://medecinsdumonde.ch/activites/benin/marche-de-dantokpa/>
- Les diagnostics participatifs en milieu rural. Handicap International, 2002. http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/biblio-reference-0912/documents/RRD-168-Diagnostic_participatif.pdf
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (2005). Introduction to methods in community-based participatory research for health. (pp 3-26). *in*: Methods in community-based participatory research for health.



Contact

Morgane Rousseau,
Médecins du Monde Suisse,
morgane.rousseau@medecinsdumonde.ch

- ▶ Le diagnostic communautaire participatif permet d'avoir un ancrage fort dans les communautés.
- ▶ C'est un processus fastidieux et coûteux en temps, mais qui permet de donner une réponse adéquate aux besoins, de sensibiliser et de renforcer les capacités des communautés ainsi que d'augmenter les chances de pérennisation des actions.
- ▶ Il est important d'aller au rythme des communautés, de respecter le temps et les décisions des comités de quartier.
- ▶ Une facilitation par une personne externe est nécessaire pour accompagner le processus, qui aura d'autant plus de succès s'il est réalisé avec des relais locaux (éducateurs, infirmier communautaire, agent de développement communautaire, universités locales).
- ▶ Il est intéressant pour les petites ONG de collaborer avec des structures universitaires pour réaliser un diagnostic communautaire participatif.
- ▶ Le diagnostic communautaire participatif permet l'émergence d'initiatives autonomes.



Check-list 1 Évaluer les besoins avec la communauté



Sur l'analyse des acteurs :

- Êtes-vous au clair avec la communauté avec laquelle vous allez travailler ?
 - Comment la communauté se définit-elle ?
 - Quelles sont les structures sociales, les hiérarchies ou les principes culturels à respecter pour interagir avec la communauté ?
 - Qui sont les acteurs/personnes au sein de cette communauté et en dehors avec lesquels collaborer ?
 - Qui (groupe, individu, instance, etc.) soutient ou s'oppose à une démarche de santé dans la région ? Pourquoi ?
- En tant qu'acteur externe avez-vous réfléchi à votre rôle et à votre positionnement en tant qu'ONG d'appui ?
 - Pourquoi et comment avez-vous été impliqué à ces démarches de santé communautaires ?
 - Êtes-vous au clair avec vos propres motivations à mener ce projet avec la communauté ?
 - Êtes-vous présent pour un projet de soutien à distance, sur le terrain, un projet de construction, de coordination, de partage des compétences, une action ponctuelle au long cours ?
- Les partenaires locaux sont-ils légitimes, reconnus, engagés pour porter un projet de santé ? Avez-vous identifié les acteurs ayant un rôle à jouer et devant être impliqués dans l'évaluation des besoins en santé ?

Sur la méthodologie du diagnostic :

- Avez-vous planifié un *diagnostic* des besoins en santé de la communauté ?
- Avez-vous présenté les démarches globales du diagnostic à la communauté ?
- Avez-vous constitué une équipe d'évaluation, impliquant en partie des membres de la communauté, et exempte de conflit d'intérêt ?
- Avez-vous défini les déterminants de la santé que vous souhaitez investiguer ? Et planifié leur récolte d'informations et de sources essentielles d'information ?
- Avez-vous établi une carte sanitaire de la région ?
- Êtes-vous au clair sur les différences entre les demandes et les besoins mis en évidence lors du *diagnostic* ?
- Avez-vous analysé et établi les priorités d'action, des « solutions » pour l'amélioration de la santé et organisé leur validation avec la population par une réunion de restitution des résultats du *diagnostic* ?
- Le diagnostic communautaire a-t-il fait ressortir la mise en place ou la réhabilitation d'une structure de soins (centre de santé) dans les objectifs prioritaires de santé (« solutions ») ? La communauté a-t-elle validé ce besoin ?
- Avez-vous questionné les alternatives possibles à une structure de soins (centre de santé) ?
- Le projet issu de ce processus a-t-il été relu par un spécialiste en santé ?



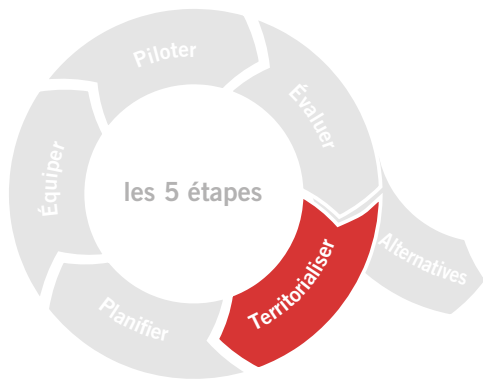
► 2. Inscrire le centre de santé dans le service de santé local



Si la mise en place ou la réhabilitation d'un centre de santé est prioritaire et validée, son implantation dans et avec la communauté débute. Le centre de santé s'intègre au réseau et au service de santé. Les acteurs impliqués, surtout s'ils proviennent de « l'extérieur », mettent en place un partenariat fonctionnel avec les communautés et l'Etat.

Dans ce chapitre nous abordons :

- l'intégration du projet au niveau communautaire et au service et système de santé étatique
- l'intégration légale du projet et de la pratique des soignants
- les réflexions sur le lieu d'implantation du centre de santé
- la planification du référencement des patients aux autres structures de soin
- l'intégration de la structure dans un réseau de santé local



Fiche C: Les dialogues communautaires, Burkina Faso.

Fiche D: Faciliter les interactions entre les structures de santé, Sénégal.



Intégration du projet de santé dans le cadre étatique et communautaire

Un centre de santé doit être vu comme l'élément d'un système et d'un service de santé global. L'évaluation initiale par un *diagnostic* communautaire permet de faire émerger les besoins de la base, mais le lien et la coordination de certaines activités par le sommet, les instances centrales, constituent l'étape clé à initier pour assurer la pérennité du projet. Il importe d'ancrer le centre de santé au sein de la politique étatique en matière, par exemple, de « Paquet minimum d'activités » (*voir chapitre 3, Définition du catalogue des prestations du centre de santé*), de formation professionnelle, de référencement, de financement, etc.

L'activité d'un futur centre de santé est déclaré selon les normes légales locales et jamais il ne doit être mis en fonction sans autorisation formelle. Ces demandes d'autorisation d'ouverture et de fonctionnement se font auprès des autorités de santé publique régionales ou nationales. De façon non exhaustive les autorités exigent souvent des autorisations :

- d'ouverture pour le centre
- d'exercer pour le médecin et son inscription à l'ordre national des médecins
- d'exercer pour les autres professionnels du centre
- de détention de médicaments pour la pharmacie

Comme déjà mentionné, la répartition des groupes de pouvoir peut être complexe. Ce n'est pas parce que le centre de santé a l'autorisation formelle et légale d'ouvrir au niveau gouvernemental qu'il est accepté localement. L'intégration communautaire revêt parfois autant, voire plus, d'importance que l'autorisation administrative de pratiquer.

Enfin, la santé est un des domaines de responsabilité de l'État et le partenaire externe ou l'association ne doit pas s'y substituer. Au-delà des autorisations et des déclarations de pratique, des conventions écrites claires doivent être mises en place, quel que soit le statut légal (privé, public, mixte) du centre. Lors de la constitution de ce partenariat avec l'État, des discussions doivent être enclenchées pour préciser le rôle de chacun des acteurs dans le projet (constructions et aménagement par l'association, mais financement à terme par l'État, par exemple). Une discussion avec les membres des instances étatiques sur la pérennité, notamment financière, et sur la maintenance est souvent omise et représente un des facteurs mettant en péril le fonctionnement des structures au long cours. Ces thèmes doivent être abordés dans les tous premiers temps du projet.

Le partenaire externe ne doit pas se substituer à l'état.

Les dialogues communautaires dans la santé maternelle et néonatale : quelles opportunités et quels défis ?

L'expérience d'Enfants du Monde au Burkina Faso



Au Burkina Faso, le ministère de la Santé a conduit pendant dix ans un processus de dialogue communautaire à large échelle avec le soutien de plusieurs ONG. Au-delà de l'identification des problématiques et des interventions au niveau de la santé maternelle et néonatale (SMN), ces échanges entre membres de la communauté et représentants institutionnels ont permis l'éducation des acteurs dans ce domaine de la santé. L'enjeu actuel est l'institutionnalisation de ce processus dans les services de santé nationaux.

Le projet en bref

L'ONG genevoise Enfants du Monde a appuyé, entre 2009 et en 2015, le Ministère burkinabé de la santé à mener un dialogue entre les services de santé et la communauté pour la planification de la santé maternelle et néonatale dans dix districts sanitaires regroupant 234 établissements de santé, pour 1771 villages et une population totale de 1,8 million de personnes⁴⁶.

L'objectif du dialogue a été d'impliquer la communauté dans la planification des actions au niveau des centres de santé et du district sanitaire. Il a rassemblé autour de cinq tables rondes différents groupes communautaires pour identifier les problèmes et les besoins prioritaires et proposer des actions.

Points clés

Un processus qui va plus loin qu'un diagnostic communautaire participatif

Dans chaque district d'implémentation, ce processus a suivi trois étapes :

- l'analyse de la situation au sujet de la santé maternelle et néonatale
- la réalisation de cinq tables rondes ou forums communautaires
- la réalisation de forums institutionnels pour valider les plans d'actions

Les tables rondes, animées par des acteurs du ministère de la Santé préalablement formés à l'utilisation de ces outils de dialogue communautaire, ont été réalisées avec les groupes suivants :

- 1 femmes en âge de procréer
- 2 conseillères des femmes en âge de procréer (mères, belles-mères et grands-mères)

- 3 époux/partenaires masculins des femmes en âge de procréer
- 4 prestataires de soins (gestionnaires de santé, infirmiers, sages-femmes)
- 5 leaders communautaires, y compris les accoucheuses traditionnelles

Au terme des deux premières étapes, les participants ont pu identifier des solutions possibles pour résoudre les trois problèmes considérés comme prioritaires : au niveau du foyer, de la communauté et des services de santé. La troisième étape a permis de déterminer les actions à inclure dans le plan d'action. Elle a réuni les gestionnaires de santé des différents niveaux du service, les leaders communautaires, les représentants des tables rondes, les autorités locales et certains bailleurs de fonds. Pour parvenir à finaliser le plan d'action, il a fallu ajouter une séance de planification détaillée et une seconde réunion pour valider ce dernier.

46. Le Gouvernement du Burkina Faso a établi, en 2006, un Plan national d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, qui admet la participation communautaire dans la gestion des questions de santé comme une stratégie efficace de réduction de la mortalité dans ces populations.

Grâce à cet outil, dix districts ont intégré dans leurs plans les actions suivantes :

Au niveau des individus et des ménages (foyer)

- l'éducation des femmes et des membres de la famille sur les thématiques de santé maternelle et néonatale (à travers du théâtre forum, des causeries, des visites à domicile, etc.) et la formation des agents de santé communautaires pour pallier la faible connaissance des femmes et des époux concernant la préparation à l'accouchement
- la sensibilisation à l'importance de la visite prénatale et aux droits des femmes en matière de santé maternelle et néonatale ;
- la promotion de la préparation à l'accouchement et aux urgences (échanges sur la base d'une carte de préparation à l'accouchement élaborée par le programme) ;
- l'éducation de l'entourage des femmes enceintes (époux et belles-mères) pour pallier la faible implication des époux dans les aspects ayant trait à la maternité et au manque de soutien de la famille dans la recherche des soins.

Au niveau de la communauté

Au vu du manque de soutien de la part de la communauté pour obtenir des soins, les propositions retenues ont été :

- la mobilisation des leaders communautaires pour mettre une priorité sur les droits en santé maternelle et néonatale ;
- des actions communautaires, telles

que la réfection de voies d'accès et l'organisation de transports pour faciliter l'accès aux soins et aux formations sanitaires ;

- le renforcement des capacités des accoucheuses villageoises et des cellules villageoises d'urgence obstétricale et néonatale pour l'appui aux femmes pour les soins à domicile ;
- la mise en place par la communauté de foyers d'accueil pour les femmes enceintes.

Au niveau des services de santé

Les femmes utilisatrices étaient peu satisfaites des services de santé, principalement en raison des faibles compétences interpersonnelles et interculturelles des prestataires de soins. Cela a fait que les femmes ne revenaient pas, par la suite, aux établissements de santé. Les actions retenues ont donc été :

- la formation des prestataires de soins pour la prise en compte de la culture locale et pour mieux dialoguer avec les femmes, les familles et les communautés ;
- la participation de la communauté dans l'amélioration de la qualité des soins (participation aux assemblées générales des centres de santé, formulation de suggestions) ;
- la prise en compte des besoins des femmes (comme, par exemple, les accompagnants des parturientes acceptés durant le travail et l'accouchement).

Un outil pour évaluer la qualité des services de santé

Le dialogue communautaire a permis à la communauté de cerner les problèmes à surmonter par les femmes pour accéder à des soins de qualité, pour rester en bonne santé pendant leur grossesse et après l'accouchement et pour prendre soin de leurs nouveau-nés. Ce dialogue a été par ailleurs le point de départ pour analyser et formuler des suggestions d'amélioration de la qualité des soins.

Dans le district de Koupéla, des participants aux forums ont formé des groupes pour la sensibilisation sur les questions de santé maternelle et néonatale, afin d'accroître l'utilisation des services. Ces groupes ont aussi été en contact avec les établissements de santé pour leur donner le feed-back de la communauté et pointer les aspects à améliorer.

D'autres communautés, comme celle du centre de santé de Mouaga, ont pris la décision de mettre en place la stratégie des « époux modèles » qui, par le biais de la formation d'un groupe d'époux, a mis en avant l'importance de l'engagement de l'homme dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Les hommes formés les plus impliqués ont agi comme modèles pour les autres hommes de la communauté et ont permis aux autres époux de changer leur comportement. Le centre de santé a coordonné ces activités, et l'expérience a permis aux gestionnaires du centre de santé et du district de prendre conscience des capacités de la communauté à identifier les problèmes et les solutions les plus appropriées.

On devrait réaliser toute planification en utilisant la même démarche que le dialogue communautaire, cela permettrait aux différents acteurs de se sentir concernés.

Un animateur de la table ronde

Quels enseignements ?

La communauté au coeur du processus de planification de santé

Le dialogue communautaire a permis non seulement d'avoir un aperçu très riche, complet et culturellement adapté, des besoins communautaires, mais aussi de

parvenir à une planification centrée sur les besoins, les problèmes et la perception des communautés.

Les gestionnaires des services de santé⁴⁷

47. Au Burkina Faso, la gestion financière des centres de santé et de promotion sociale est confiée à un comité de gestion, formé par des membres de la communauté et l'infirmier, en collaboration avec les mairies. Au niveau des districts sanitaires, la gestion administrative et financière est assurée par des équipes cadres de district nommées par l'État et comprenant le médecin chef de l'hôpital de district et un organe de gestion participative.

des deux premiers échelons des districts sanitaires et le personnel de santé au niveau local (infirmiers, sages-femmes et accoucheuses auxiliaires) ont appris à travailler avec la communauté en tant que partenaires et ont pris conscience de leur capacité à être au cœur du processus de planification de santé. Il a été essentiel que ce processus soit intégré dans la planification sanitaire du district par le ministère de la Santé, afin de garantir que les problèmes et les actions identifiés par la communauté ont été pris en compte.

Grâce à ce processus, le système de la santé publique a été en mesure de prendre en compte les opinions de la communauté et de fournir des services plus acceptables et adéquats pour les femmes, leurs nouveau-nés et leurs familles dans ces régions. Malheureusement, ce processus n'est pas encore intégré dans le système de santé national.

POUR ALLER PLUS LOIN

Références et liens



- Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale, OMS, 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70165/WHO_MPS_09.05_fre.pdf)
- A Toolkit for implementation, module 3: Participatory Community Assessment in Maternal and Newborn Health (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254989/9789241508520-module4-eng.pdf?sequence=3>)

Contact



- Constanze Bunzemeier
constanze.bunzemeier@edm.ch
- Cecilia Capello cecilia.capello@edm.ch

Institutionnaliser ce processus

La méthodologie utilisée a requis la mobilisation de ressources humaines et financières au-delà du district sanitaire. Le ministère a donc dû trouver la meilleure modalité pour une pérennisation et un passage à plus grande échelle.

La responsabilisation des acteurs locaux a contribué à une meilleure appropriation de la stratégie; toutefois, elle a demandé un engagement personnel de leur part. La mise en confiance des représentants communautaires a été un facteur clé pour les familiariser à ce processus et les stimuler à partager leurs expériences concernant la santé maternelle et néonatale.

- ▶ Les dialogues communautaires réalisés par le ministère de la Santé offrent une base pour l'institutionnalisation de ce processus au niveau du système de santé.
- ▶ Le processus intégré dans la planification sanitaire du district est essentiel.
- ▶ En utilisant les résultats du dialogue communautaire, les partenaires peuvent planifier ensemble des actions pour favoriser un environnement propice aux soins de la femme et du nouveau-né.
- ▶ La participation communautaire au dialogue sensibilise la communauté à prendre mieux soin des femmes et des nouveau-nés et leur donne des outils pour pouvoir agir.



Sélection d'un lieu d'implantation


Il existe quatre façons de choisir le lieu d'implantation d'un centre de santé :

- **de manière « pratique »** : sur un terrain à disposition ou dans un local déjà existant, lors de la réhabilitation d'une structure, par exemple. En général, ce lieu correspond ou est proche du « centre de l'évaluation » cité dans les étapes du *diagnostic* de besoins en soins (*voir chapitre 1, Les neuf étapes pratiques du diagnostic*);
- **de manière « démographique »** : en plaçant la structure au centre d'un cercle couvrant au minimum 10 000 habitants dans un rayon de 20 kilomètres, non couvert par un autre centre de santé ;
- **de manière « communautaire »** : défini alors avec la population. Il s'agit souvent d'un « village-centre » ou un « village influent » où convergent plusieurs routes ou, par exemple, le village où se réunit la population lors du marché hebdomadaire ;
- **de manière « écologique »** : en anticipant le développement, l'afflux de malades et les conséquences environnementales sur la santé. On tient compte de façon plus importante dans cette approche des effets environnementaux sur les mouvements des populations (localisation des points d'eau, des zones de culture, des zones de pâturage, conséquence des périodes de « soudure », zone de souveraineté alimentaire, fort risque épidémique ou de catastrophe écologique, etc.).

Dans certaines situations, les plans directeurs nationaux exigent un centre de santé de base dans une localité précise. L'évaluation, la mise en place et la sélection du lieu d'implantation sont donc dictés par certains impératifs politiques que l'on suit sans néanmoins mettre en péril le bon fonctionnement et la pérennité de la structure.

Système de référence et relations avec les autres structures de soins

Le centre de santé doit se coordonner avec les prestataires de soins et de santé environnants (ONG, communauté, autorités sanitaires, etc.) et être intégré dans la carte sanitaire du district (ou du département) et idéalement au niveau régional. Si la prise en charge d'un patient dépasse son « Paquet minimum d'activités » (*voir chapitre 3, Définition du catalogue des prestations du centre de santé*), le malade peut être adressé à un centre de niveau supérieur pour une prise en charge plus spécifique. C'est ce qu'on entend par « système de référence ».



Le centre de santé doit être intégré dans la carte sanitaire.

En plus du risque de carence de prise en charge au niveau de l'échelon supérieur (voir chapitre *Concepts généraux, Qu'est-ce qu'un centre de santé et à quel niveau se situe-t-il?*), le centre de santé fait face à des difficultés et à des questionnements en amont sur :

- l'accessibilité géographique, les modalités de transport et leur financement
- l'accessibilité économique aux structures de référence (ces dernières imposent souvent des coûts supplémentaires aux patients)
- le caractère approprié du référencement et le délai raisonnable en fonction de la pathologie et du risque (que faire, par exemple, des futurs accouchements difficiles et quand les référer?)
- la place de la téléphonie mobile et d'internet dans le référencement (voir chapitre 4, *Outils informatiques pour l'aide au diagnostic clinique*).

Pour faciliter ces aspects de référencement, le centre de santé constitue une liste des infrastructures sanitaires dans un rayon de 40 à 100 kilomètres (en fonction de la densité des structures sanitaires et de l'état des routes) autour du lieu de pratique. Des informations concernant les structures hospitalières de référence et leurs plateaux techniques sont récoltées et la liste des personnels sanitaires qui exercent dans la zone (tradipraticiens et matrones traditionnelles compris) est également utile. La distance (en kilomètres) des hôpitaux de référence par rapport au centre de santé ainsi que les modalités et le prix des transports et des soins sur place sont explorés et précisés. Les lieux de vente de médicaments sont également répertoriés (tâche parfois difficile en raison de la vente « sauvage »).

Des conventions de partenariat entre centres de santé doivent être instaurées, idéalement par écrit, et permettent de définir le rôle de chaque structure (type de prestations pris en charge, quel bassin géographique de population, frontières entre les « zones sanitaires » de chaque centre, etc.).

Le centre de santé peut prévoir une fiche de référencement permettant de transmettre des informations sur le motif de référence du patient, les diagnostics supposés et la prise en charge déjà effectuée. L'*annexe 2.1* en montre un exemple.

La fiche qui suit propose un exemple pratique d'optimisation des interactions entre les structures de santé pour un meilleur référencement et une amélioration de la prise en charge des patients.

Faciliter les interactions entre les structures de santé pour optimiser la prise en charge des patients

L'expérience de Nouvelle Planète au Sénégal



Dans cette expérience, une définition claire et adaptée de l'interaction entre les différentes structures de santé a permis d'optimiser la prise en charge des patients, de faciliter leur référencement et d'établir des systèmes d'évacuation et d'urgence efficaces. Avec cette approche, l'établissement de relais de santé dans les communes a été une des actions clés pour lier la population au système de santé.

Le projet en bref

Au Sénégal, l'État a mis en place depuis les années 2000 une politique globale de décentralisation s'appliquant notamment au domaine sanitaire. Les communes sont devenues responsables des structures de santé et, notamment, des cases de santé rurales⁴⁸. Mais les ressources financières allouées pour leur gestion demeurent insuffisantes. L'ONG Nouvelle Planète active depuis 2005 auprès des communautés rurales sénégalaises a élaboré, avec son partenaire local, un programme d'intervention global en santé. Il s'agit de garantir la qualité des infrastructures, de former les différents intervenants en soins et de mettre en place des systèmes de collaboration et d'échanges entre les structures de soins. Faciliter la collaboration entre les différentes structures de santé s'est avérée essentielle dans la réussite du projet et primordiale pour optimiser la prise en charge des patients.

Points clés

Des stages en immersion pour le personnel des cases de santé rurales

Au cours de ces stages, le personnel des cases de santé (agents de santé communautaires et matrones) a accompagné pendant neuf à douze semaines l'infirmier chef de poste de santé de référence et la sage-femme. Ces stages ont eu pour objectif de compléter la formation et les connaissances théoriques du personnel des cases et d'offrir une occasion unique au personnel des cases et des postes de santé de se rencontrer et d'instaurer, entre eux, une relation de confiance. Cette connaissance mutuelle de l'autre a facilité les futurs échanges, renforcé la confiance mutuelle et amélioré la collaboration entre les structures de soins dans la région.

Des systèmes d'évacuation et d'urgence adaptés et efficaces

Chaque case de santé a été dotée d'un cheval et d'une charrette, afin de transporter les blessés et les malades au poste de santé de référence. Ce système d'évacuation économique a facilité le référencement entre les cases et le poste de santé. La responsabilité de l'animal et du matériel est revenu à un agriculteur habitant à proximité. Un contrat a engagé l'agriculteur à être atteignable et disponible rapidement. Non rémunéré, il a pu, en guise de compensation, utiliser à titre personnel le cheval et la charrette. Une sollicitation pour assurer le transport des personnes vers le centre dans le cadre des campagnes de vaccination ou de prévention, a été également envisagée. Pour soutenir financièrement

48. Au Sénégal, les cases de santé communautaires sont gérées par un comité villageois de santé et emploient un agent de santé communautaire et une matrone traditionnelle. Ces derniers dispensent des soins et participent à la prévention et à la promotion de la santé. Le poste de santé est un centre de santé primaire du niveau supérieur aux cases de santé et emploie un infirmier chef (ICP) et une sage-femme (SFE) qui supervisent plusieurs cases de santé.

ce « service », un champ a été géré de manière communautaire. Le fourrage a permis de nourrir l'animal et les recettes de la culture ont participé à l'autonomie financière de la case de santé.

Pour les urgences, une moto a été fournie à chaque case de santé permettant de se rendre rapidement sur les lieux d'intervention.

Au vu des résultats satisfaisants, le ministère de la Santé a doté le poste de santé d'une ambulance permettant d'évacuer les personnes vers l'hôpital régional de Diourbel. Cet appui a renforcé l'approche holistique choisie par Nouvelle Planète et a permis d'intégrer au programme un échelon supérieur de la pyramide sanitaire.

En 2017, ce ne sont pas moins de 120 référencement qui ont eu lieu en ambulance de Ndiindy à Diourbel et 283 référencement en calèche des cases de santé vers le poste de santé.

Une procédure claire et intégrée par tous les acteurs

Chaque structure de santé a disposé d'un cahier des charges précis permettant de clarifier le rôle de chacun. Il a été, par exemple, précisé le devoir du personnel des cases de santé de soumettre mensuellement les statistiques sanitaires au centre de santé de référence ou la garantie pour le personnel des cases de

santé de recevoir une formation continue par l'infirmier chef et la sage-femme.


Un arbre à décisions a illustré, quant à lui, les procédures à suivre selon les situations rencontrées, et des illustrations facilitant l'évaluation de l'état de santé des nouveau-nés ou une liste de symptômes nécessitant des investigations supplémentaires et/ou un référencement ont été utilisées.

S'assurer de la bonne compréhension de ces procédures a été primordial.

Des relais de santé pour lier la population au système de santé

Les relais de santé ont été des personnes issues des communautés locales formées pour mener des campagnes de sensibilisation et de promotion de la santé en partenariat avec le centre de santé de référence.

Vivant au sein même des populations, ces relais ont assuré une surveillance médicale permanente et



Les agents de santé communautaires ont été de véritables passerelles, le premier maillon reliant la population à la pyramide sanitaire.

ont pu référer si besoin les patients à la structure médicale de référence. Les agents de santé communautaires ont été de véritables passerelles, le premier maillon reliant la population à la pyramide sanitaire.

Quels enseignements ?


L'Union des comités de santé : une dynamique locale inestimable pour la pérennité des synergies

Chaque case de santé a été gérée par un comité de santé, élu lors d'une assemblée générale. Sous la houlette de l'infirmier chef du poste de santé, ces comités de gestion se sont réunis au sein de l'Union communale des comités de santé. Cette fédération a permis d'améliorer considérablement la coordination des acteurs et de leurs actions, de renforcer la capitalisation des savoirs et de développer des synergies. La pertinence du plaidoyer mené a permis des dotations d'infrastructures et de matériels de la

part du ministère de la Santé et de la commune. Aujourd'hui, l'Union est devenue le réceptacle de toutes les actions de santé dans la zone, quelle que soit leur origine. Véritable acteur garantissant la coordination des acteurs et de leurs activités.

POUR ALLER PLUS LOIN

 **Références et liens**
<http://www.nouvelle-planete.ch/fr>

 **Contact**
Xavier Muehlethaler,
reponsable projet Nouvelle Planète
x.muehlethaler@nouvelle-planete.ch

“ Il arrivait souvent que les familles ne puissent pas prendre en charge les frais de déplacement des malades vers le poste de santé de Ndingy. Pour y parvenir, ils étaient obligés de vendre des animaux ou des vivres. Disposer d'une structure de santé de proximité équipée avec un système d'évacuation abordable était devenu essentiel. ”

Un habitant de Ndème Ndiaye

- ▶ Faciliter les interactions entre les structures de soins permet d'optimiser la prise en charge des patients et d'améliorer la qualité des référencement.
- ▶ La bonne compréhension et l'intégration des procédures par le personnel de santé n'est pas à négliger.
- ▶ Il est essentiel de relier le système sanitaire aux populations, la mise en place d'un réseau d'agents de santé communautaires issus des communautés est l'une des opportunités à disposition pour y parvenir.
- ▶ Il est conseillé d'adapter les méthodes de référencement à la situation locale.

Check-list 2 **Inscrire le centre de santé dans le service de santé local**



Sur l'intégration dans la communauté :

- Avez-vous réfléchi au lieu d'implantation du centre de santé ?
- Avez-vous entrepris les démarches qui vous permettent d'intégrer votre action au réseau communautaire ? La communauté a-t-elle fait preuve de son approbation ?
- Y a-t-il une activité d'agents de santé communautaires dans la région ?
Si oui, quelle forme de collaboration est envisagée ?
Si non, peut-elle être développée ?

Sur les partenariats avec l'État :

- Avez-vous entrepris les démarches qui vous permettent d'intégrer votre action au service de santé étatique public ? Les instances publiques ont-elles fait preuve de leur approbation ?
- Des réflexions avec les représentants de l'État sur la pérennité notamment financière ou sur la maintenance du centre de santé au long cours ont-elles été évoquées ?
- Avez-vous pensé à une convention de partenariat signée entre le partenaire « externe » à la communauté (association, ONG) et l'État ?
- Avez-vous mis en place les démarches d'intégration du centre de santé au niveau légal ?
 - Autorisation d'ouverture ?
 - Autorisation d'exercer et de pratiquer pour l'ensemble des soignants/employés ?
 - Démarche légale quant à la présence d'une pharmacie ?
- Avez-vous identifié les autres structures de santé de la région et leur fonctionnement ?
 - Y a-t-il une stratégie de santé primaire dans la région ?
 - Les relations entre les différentes structures (y compris la médecine traditionnelle) sont-elles clarifiées ?
 - Qui donne les soins ? Et la prévention (médecin/infirmier/agent communautaire/tradipraticien/matronne) ?
 - Des conventions signées entre structures de soins sont-elles envisageables ?
 - Avez-vous interrogé vos pairs actifs dans la région ou sur la thématique ?
- Le centre de santé sera-t-il en relation avec les structures de soins environnantes ? Les interactions entre les différents sites ont-elles été définies ?
- Avez-vous réfléchi aux aspects de référencement des patients vers les hôpitaux de niveau supérieur (coût/prix, matériel pour le référencement, chauffeur, type de pathologies, etc.) ?



SPK01	01/01/2017
SPK02	01/01/2017
SPK03	01/01/2017
SPK04	01/01/2017
SPK05	01/01/2017
SPK06	01/01/2017
SPK07	01/01/2017
SPK08	01/01/2017
SPK09	01/01/2017
SPK10	01/01/2017

THE TRUTH ABOUT HPV
Though a threat to Women's Health, HPV is a common virus that can be prevented and treated.

Normal cervical Pap Smear

Abnormal Pap Smear

Go for your Cervical Pap Smear

PREVENTION AND STOP THE PROGRESS

- 1) Early Vaccination Against HPV
- 2) Regular Cervical Cancer Screening

OHV4
OHV4
OHV4

OHV4
OHV4
OHV4

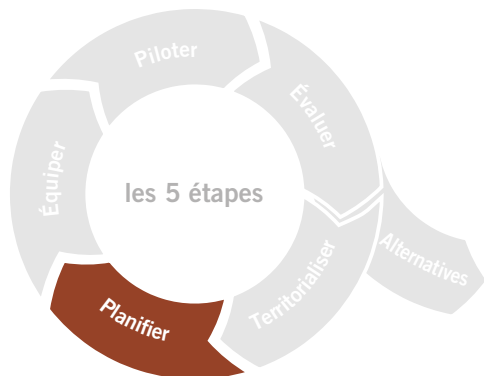


► 3. Planifier l'activité du centre de santé

Avant toute étape ultérieure, l'activité du centre de santé doit être anticipée. On veille, à cette étape, à la clarification des prestations qui seront offertes et à une réflexion sur les aspects financiers et les ressources humaines, éléments dotés de certaines particularités en région rurale pauvre.

Dans ce chapitre nous abordons :

- les prestations offertes par le centre de santé et le « Paquet minimum d'activité » (PMA)
- l'anticipation de l'activité de soins, des dépenses et des recettes financières
- la distinction entre coût et prix
- les ressources humaines et les spécificités des régions rurales des pays à faible revenu
- les enjeux de la fidélisation des soignants aux régions rurales



Fiche E : Le rôle central d'un groupe de formateurs, Laos.

Fiche F : Comment favoriser l'installation de médecins, Bénin.



Définition du catalogue des prestations du centre de santé

Il importe, à présent, de définir quelles seront les prestations offertes aux patients dans le centre de santé.

Le « Paquet minimum d'activités »

Il n'existe pas de définition consensuelle du PMA. Le ministère de la Santé publique guinéen en offre la définition suivante : « Le « Paquet minimum d'activités » représente l'ensemble des interventions de santé, considérées comme essentielles, que le gouvernement ou les institutions s'engagent à mettre en œuvre, de façon intégrée et fonctionnelle, aux différents échelons de la pyramide sanitaire, à un coût abordable et accessible à l'ensemble de la population »⁴⁹. Le PMA est donc le catalogue des soins de base, jugés cruciaux, en tenant compte de leur coût et de leur faisabilité, qui devraient être accessibles à l'entier d'une population. Il se fonde sur le principe d'équité d'accès aux soins de santé primaires (*voir chapitre Concepts généraux, Les soins de santé primaires, quarante ans après Alma Ata*).

L'hétérogénéité des pathologies, des environnements, des ressources financières et des besoins modifie le « Paquet minimum d'activités » selon les régions. Il est donc difficile de proposer un PMA universel. La règle fondamentale, lors de la mise en place de la structure, est, s'il existe, de suivre le PMA édicté par le gouvernement. Si ce dernier est absent ou insuffisant, on recommande de suivre la « colonne vertébrale » du PMA utilisé usuellement en région rurale, soit l'organisation de :

- consultations curatives de base (consultation de médecine générale)
- gestes de petite chirurgie (plaies, traumatismes et fractures simples)
- prise en charge des malnutritions aiguës, modérées et sévères sans complications médicales
- activité de planning familial (contraception, santé sexuelle et reproductive)
- consultations prénatales
- activités de maternité (accouchements, prise en charge des fausses couches)
- consultations postnatales (pour les nouveau-nés de plus de 37 semaines de gestation (SG) ou les prématurés tardifs (34-37 SG), les nouveau-nés prématurés de <34 SG et/ou de <2000 g de poids de naissance sont suivis par un centre spécialisé possédant un service de pédiatrie/néonatalogie s'il existe)

49. ministère de la Santé publique de Guinée (1999).

- activité de dentisterie (et/ou collaboration avec les dentistes)
- activité de vaccination (femmes en âge de procréer et enfants de moins de 5 ans en priorité)
- suivi des maladies intégrées dans des programmes nationaux spécialisés (tuberculose, HIV, lèpre, etc.)
- activités de promotion et de prévention de la santé
- dépôt et vente de médicaments

À noter que le *diagnostic* des besoins initié avant le projet de centre de santé nous permet de sélectionner dans ces différentes prestations celles qui, dans la communauté, pourraient être prioritaires. De plus, l'organisation du PMA peut dépendre du statut public ou privé (à but lucratif/non lucratif) ou mixte de la structure. Un centre de santé public possède peut-être plus difficilement les ressources financières ou matérielles qui permettent la mise en place de l'ensemble du PMA requis. Cette liste représente donc une activité « idéale ». Enfin, dans des situations spécifiques comme, par exemple, les régions défavorisées ou inaccessibles, des limitations s'imposent, et il importe alors de faire « au mieux » sur le plan du PMA.

L'épineuse question des programmes nationaux

Il existe des programmes spécifiques (sida, poliomyélite, paludisme, tuberculose, dracunculose, diabète, etc.) qui donnent les orientations nationales (les normes) et/ou les moyens techniques (tests de dépistage, traitements gratuits, etc.) pour la prise en charge des problématiques majeures de santé publique. Souvent soutenus par d'importants bailleurs (OMS, Unicef, USAID, etc.), ces programmes ont montré leur puissance et l'éradication de la variole, en 1980, en est l'exemple phare.

Bien que ces programmes nationaux soient en quelque sorte indispensables, leur application « verticale » dans les services de santé des pays du Sud a été critiquée⁵⁰. Appliqués en « silos », maladie par maladie, ils risquent de sectoriser la prise en charge des patients au détriment d'une approche holistique et préventive. Présents en grand nombre, ces programmes déplacent également les ressources humaines ou financières vers ce qui est le plus attractif (ce qui est payé), poussent à l'abandon de certaines activités essentielles moins rentables ou négligent les communautés comme acteurs dans la planification de leur santé (car ils sont dictés par les instances centrales). Enfin, ces programmes se considèrent souvent comme les responsables de l'exécution sur le terrain et deviennent des opérateurs pour l'aboutissement de leurs objectifs (ou ceux fixés par les agences qui les financent) au détriment des acteurs locaux.

50. Beigbeder Y (1995).

Dans les efforts initiés pour un partenariat avec les instances sanitaires de l'État (*voir chapitre 2, Intégration du projet de santé dans le cadre étatique et communautaire*), le centre de santé doit bien sûr tenir compte de ces programmes au sein du PMA. L'objectif est d'assimiler au mieux ces approches, en respectant les recommandations centrales et en les conciliant avec les besoins locaux. L'essentiel, au final, est d'assurer une bonne coordination des activités du centre sans perturbation induite. La réflexion est identique pour la collecte des indicateurs de santé dictée par l'État et les instances centrales (*voir chapitre 5, Indicateurs de santé*).

Les stratégies populationnelles avancées

La mise en place par le centre de santé de « stratégies populationnelles avancées » se déroulant *extra muros* (unités mobiles de vaccinations, consultations à domicile, etc.) est à évaluer selon le contexte et les ressources à disposition et peut être une aide majeure dans certaines situations spécifiques (population méfiante, n'ayant pas l'habitude du recours aux soins, etc.) ou à la suite de la mise en évidence de besoins spécifiques (*voir chapitre 1, Les alternatives possibles*). Elles ne nous semblent pas indiquées, du moins lorsqu'un projet de centre de santé débute, car difficiles à mettre en place de manière pérenne sans une structure bien implantée et intégrée.

Les soins chirurgicaux

Plus de la moitié de la population mondiale n'a aujourd'hui pas accès à des soins chirurgicaux vitaux en temps ou en qualité⁵¹. La prise en charge des pathologies chirurgicales curatives, comme la césarienne ou l'appendicite, sont insuffisantes, principalement en zone rurale. Bien que la mise en place d'un bloc opératoire et de soins de chirurgie soit un tout autre domaine et pourrait faire office de recommandations à part entière, il appartient au centre de santé de nouer des liens étroits avec le centre chirurgical le plus proche s'il existe ou d'en promouvoir le développement.

De nouvelles pathologies attendues dans le futur

Enfin, il est important de prendre en considération dans la définition du PMA la transition épidémiologique qui s'opère actuellement dans les pays du Sud avec l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques non transmissibles (HTA, diabète, cholestérol, obésité, épilepsie) et du vieillissement de la population. L'ensemble des maladies chroniques non transmissibles, toutes causes confondues, représente, selon l'OMS, environ 60% de la morbidité/mortalité mondiale⁵². Bien que, encore

51. Blake CA, et al. (2015).

52. OMS (2013). Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles : directive relative aux soins de santé primaires dans les contextes de faibles ressources.

épargnée, une proportion croissante de la population rurale mondiale se rapproche de ces chiffres. Il est alors recommandé, dans les activités curatives de base, de faire un dépistage systématique dès un certain âge et de les prendre en charge par un suivi régulier. Les activités de prévention secondaire sont alors ici essentielles.

Anticipation des besoins en soins, du taux d'activités et du revenu attendu

Le PMA défini, il est temps de mener une étude prévisionnelle de l'activité future du centre de santé et de ses aspects financiers.

Les réflexions à cette étape portent sur trois notions :

- les besoins en soins
- le taux d'activités
- le revenu attendu

Les besoins en soins et le taux d'activités

L'objectif est d'anticiper la fréquentation du centre de santé par la population résidant dans un rayon défini (habituellement 20 kilomètres) pendant un temps spécifique (sur trois ans par exemple), et ce pour les diverses prestations prévues par le PMA (consultations, accouchements, vaccinations, etc.). Les *besoins en soins* représentent dans ce contexte la demande « théorique » de la population en matière de soins. Le *taux d'activités* évalue l'utilisation « réelle » potentielle du centre par la population en rapport à ses *besoins*.

Les *besoins en soins* et le *taux d'activités* du centre de santé varient fortement d'une structure à l'autre. La taille de la population ou ses caractéristiques démographiques, les habitudes de recours aux soins, le coût des prestations, les ressources financières de la population ou encore l'accessibilité géographique du centre vont influencer son utilisation. Les données épidémiologiques obtenues lors du *diagnostic* initial sont alors cruciales pour mener au mieux cette estimation. La présence de données fournies, précises et fiables (registre de santé, registre d'autres centres de santé, statistiques de population, etc.) facilite les démarches. Malheureusement, ces informations n'étant pas toujours disponibles, une approximation est alors nécessaire.

L'*annexe 3.1* illustre, par un exemple concret, l'étude des *besoins en soins* et du *taux d'activités* d'un centre de santé fictif.

Le revenu attendu

Le financement des soins est déterminant pour leur accès par les populations et leur qualité⁵³. Il est difficile d'offrir une méthode idéale pour apprécier le *taux d'activités* du centre de santé. La difficulté est identique pour la prévision des rentrées financières, et donc du *revenu attendu*.

Les expériences diverses, même externes au domaine de la santé, ont montré que le *taux d'activités* et donc le *revenu attendu* doivent être atteints idéalement dans les trois ans. Si les activités et donc le revenu réel sont insuffisants au bout de trois ans, il vaut mieux renoncer, car le site a de forts risques de ne pas être viable à plus long terme. Les expériences concrètes en régions rurales du Mali montrent que, pour une population de plus de 15 000 habitants dans les 5 kilomètres, la viabilité du site est quasi certaine si le fonctionnement est adéquat⁵⁴.

L'*annexe 3.2* offre un exemple d'étude du revenu attendu d'un centre de santé fictif, privé à but non lucratif.

Coût et prix de la santé

L'organisation financière du centre de santé, qu'elle soit privée, à but lucratif ou non lucratif, publique ou mixte, et le mode de paiement des soins (*voir chapitre 5, Financement des soins en zones rurales*), vont modifier le revenu. Le PMA et la réalisation d'actes de promotion ou de prévention de la santé (qui n'offrent pas ou peu d'entrées financières) influencent également les aspects financiers. L'ensemble de ces éléments non exhaustifs est à intégrer aux réflexions.

Lorsque l'équipe de mise en place étudie le revenu potentiel du centre de santé, il est essentiel qu'elle soit consciente des profondes distinctions qu'il existe entre les notions de *coût* et de *prix* de la santé. Ces termes sont souvent utilisés à tort comme synonymes.

Le coût désigne la charge financière réelle d'un acte ou d'une prestation effectuée, comprenant, entre autres, les salaires du personnel, le matériel, la maintenance de la structure et son amortissement. Lorsqu'on pratique dans un centre privé, le coût est porté majoritairement par le centre de santé. Dans un centre public, ce seront les finances collectives

Les actes de promotion ou de prévention de la santé offrent peu d'entrées financières.

53. Ridde V, Olivier de Sardan JP (2012).

54. Balique H, Ouattara O, Akory Ag I (2001).

qui absorbent ce coût. Il existe bien sûr des fonds publics soutenant les coûts des centres privés ou l'inverse que nous ne mentionnons pas plus ici pour simplifier nos propos. Une campagne de vaccination universelle, si elle veut atteindre ses objectifs sanitaires, doit être « gratuite » pour la population. Pourtant, cette dernière aura un coût en raison de l'achat des vaccins ou de la logistique à implémenter pour la mener à bien (équipes de vaccination, acheminement des produits, etc.).

Une campagne de vaccination universelle doit être « gratuite » pour la population. Pourtant, cette dernière aura un coût.

Le prix représente la charge financière portée par la population lorsqu'elle paie la prestation qui lui est offerte. Il s'agira, par exemple, du paiement par le patient (ou par une mutuelle de santé) de la consultation ou du médicament prescrit. On comprend alors que, dans une structure de soins possédant le mode de recouvrement des coûts le plus répandu en Afrique, soit un paiement à l'acte de la prestation (*voir chapitre 5, Financement des soins en zones rurales*), une partie du revenu financier du centre (de l'amortissement des coûts) dépende du pan « curatif » de son activité (*voir chapitre 5, Équilibre entre les prestations de santé du centre*). Dans la plupart des situations, coût de la prestation et prix à la charge du patient ne correspondent pas.

Pour illustrer ces points et pousser notre réflexion plus loin, nous allons nous intéresser au rapport entre le coût et le prix (coût/prix). Ce dernier pourra être supérieur, égal ou inférieur à 1. Un rapport supérieur à 1 est observé, par exemple, dans une campagne de vaccination ou d'autres démarches de prévention comme la distribution de compléments alimentaires dans les régions carencées. Un rapport de 1 correspond à un paiement à l'acte d'une consultation dont la totalité du coût est à la charge du patient. Enfin, un rapport inférieur à 1 s'observe lorsque la prestation offerte vise à générer un bénéfice pour le centre (et n'est souvent pas jugée essentielle en termes de santé). Par exemple, dans certains centres de santé, les tarifs pour le perçage des oreilles ou la délivrance de certificats médicaux sont fixés à un prix élevé et, pourtant, le coût est relativement faible.

Dans la pratique courante de la majorité des centres de santé de premier recours en Afrique, ce rapport coût/prix de la santé est supérieur ou égal à 1, impliquant indubitablement que les soins de santé primaires ne sont pas une entité financièrement « rentable ». Le « coût excessif » qu'engendre la pratique d'une médecine dépendante de ressources matérielles et humaines importantes est alors porté par les centres de santé et les finances publiques ou privées.

Il existe d'autres tentatives « d'équilibrage » de ce rapport, par exemple par le paiement des soins organisés en forfait ou par le partage du risque financier par l'implantation de mutuelles de santé que nous aborderons plus loin (*voir chapitre 5, Financement des soins en zones rurales*).

Enfin, un rapport supérieur à 1 pour une prestation augmentera son accès pour le patient en raison d'un prix potentiellement plus bas. À l'inverse, des soins donnés avec un rapport inférieur ou égal à 1, en raison d'un prix élevé, risquent de ne pas être accessibles à une frange populationnelle plus pauvre, et donc de ne pas pouvoir être universels.

Au prisme de ces notions de rapport coût sur prix, on comprend qu'un centre à but lucratif n'offre pas ou peu d'actions de promotion et de prévention de la santé (qui augmentent les coûts à charge sans compensation financière), et ce même si une démarche de santé publique est potentiellement plus efficace pour la santé. Un centre à but non lucratif intègre, quant à lui, plus volontiers la promotion ou la prévention de la santé (grâce à l'amortissement potentiel de certains coûts), mais une action de santé publique diminue le fardeau de certaines maladies, et donc réduit le nombre de consultations. La baisse des prestations « curatives » déséquilibre potentiellement la structure en diminuant ses rentrées financières.

L'objectif central de l'étude du *revenu attendu* est donc de viser un rapport *coût/prix* au plus proche de 1, tout en assurant un accès aux soins le plus égalitaire possible.

Constitution et gestion de l'équipe soignante

Nous allons, à présent, aborder les questions centrales des ressources humaines. La constitution d'une équipe soignante dépend de plusieurs facteurs, tels que la culture, les aspects de demande, de besoin et d'offre et le statut public, privé ou mixte du centre de santé.

Avant de détailler des aspects plus « pratiques » sur ce point, il nous semble important de mentionner qu'il existe une composante culturelle et sociale majeure qui dicte la pratique des soignants dans le monde, et ce même au sein d'une médecine qui respecte a priori les mêmes préceptes (basée sur les preuves). La majorité des soignants accomplissent leur métier par désir d'aider celui qui souffre. Mais d'autres motivations poussent à pratiquer, et il est important d'en être conscient. Il peut s'agir d'intérêt scientifique ou du plaisir à travailler dans la relation thérapeutique, mais le

L'équipe soignante se doit d'être une équipe provenant de la communauté ou dans un équilibre ethnique représentatif de la population cible.

simple besoin de nourrir sa famille peut être suffisant. Ces desseins sont forgés en partie par la culture et l'environnement dans lequel pratique le soignant. De les nommer et d'en potentialiser l'expression facilite à nos yeux les

rapports. Il importe de reconnaître et de valoriser un dialogue avec l'équipe sur ce qui la motive à pratiquer et d'accueillir avec bienveillance tout but exprimé.

Ressources humaines et centre de soins public, privé ou mixte

La gestion du personnel soignant d'un centre de santé est différente selon son statut privé, public ou mixte. Une structure publique n'a pas la même liberté d'affectation des postes et les soignants engagés sont souvent placés par les instances publiques. L'offre est alors modifiée (*voir chapitre 1, Clarification de la demande, des besoins et de l'offre en santé*). Dans une structure privée, l'organisation des postes jouit de plus de liberté. La personnalité des soignants et leur intérêt dans les soins ruraux peuvent donc être différents. Les soignants sont aussi susceptibles de chercher à pratiquer dans un centre privé en raison de certains avantages sociaux ou salariaux.

Quel que soit le statut public/privé/mixte du centre, l'équipe soignante se doit d'être une équipe provenant, si possible, de la communauté ou dans un équilibre ethnique représentatif de la population cible. En raison du manque de médecins en région rurale, il est bien sûr illusoire d'imaginer engager uniquement des praticiens locaux (du moins à ce jour), mais un équilibre, « au mieux », dans l'équipe soignante permet d'améliorer l'intégration et l'acceptation des soins dans la communauté (*voir Fiche E: Le rôle central d'un groupe de formateurs dans l'amélioration des soins prodigués au Laos*). Malheureusement dans les centres publics, ces aspects ne sont pas toujours respectés et, ici encore, l'offre (et parfois même la demande) en est modifiée.

Dans certaines communautés plus que d'autres, le type de soignant influencera fortement l'utilisation de la structure par la population, et cet aspect se doit alors d'être considéré.

Dans plusieurs pays qui décentralisent les services publics, on observe la mise en place de centres de santé ou de cabinets médicaux ruraux mixtes à gestion publique-privée (comme, par exemple, les CSCOM au Mali⁵⁵). Dans cette contractualisation,

55. Baliqie H, Ouattara O, Akory Ag I (2001).

les populations locales ont un certain contrôle de l'activité du centre, et donc de l'affectation du personnel, par le biais du comité de gestion de structure. L'autre exemple type de partenariat public-privé dans l'organisation des soins est celui de l'association Santé Sud et de son concept de médecin généraliste communautaire (voir Fiche F: *Comment favoriser l'installation de médecins dans les centres de santé communautaires?*).

Enfin, quel que soit le mode de gestion du centre, le personnel doit être affilié de façon contractuelle dans le respect des lois du travail en prenant soin de s'assurer de la validité légale des contrats dressés. Il est également recommandé de détailler pour chacun leur cahier des charges journalier et de le notifier par écrit, afin de faciliter le travail et les interactions au sein de l'équipe et de s'assurer que l'ensemble des tâches essentielles au bon fonctionnement du centre de santé soient réalisées.

Les employés du centre de santé

Nous allons nous intéresser, à présent, aux différents profils d'employés qu'un centre de santé de premier recours peut accueillir.

Gestionnaire et logisticien

Les expériences sur le terrain ont démontré que les personnes essentielles à la planification et à la mise en place d'un centre avant son ouverture sont un gestionnaire et un logisticien.

Le gestionnaire coordonne le *diagnostic* initial, éventuellement à la tête de l'équipe d'évaluation. Il organise ensuite la mise en place et le fonctionnement de la structure de soins. Il est responsable des finances, du paiement des salaires, de la création des liens avec les différentes instances et de l'organisation des soins en partenariat avec l'équipe soignante. Sa présence n'émane souvent pas d'une demande, mais d'un besoin qui peut être négligé. Dans certaines expériences, cette tâche s'effectue sous mandat d'un comité de gestion, le gestionnaire faisant souvent partie du comité⁵⁶. Le logisticien règle tout ce qui a trait à l'approvisionnement en matériel, à la construction et à la maintenance du centre de santé. Il en gère les aspects matériels, l'approvisionnement en eau et l'évacuation des eaux usées ainsi que l'installation électrique et la zone de déchets. Il aidera également à la mise en place de toute la gestion des déchets.

56. Balique H, Ouattara O, Akory Ag I (2001).

Gestionnaire et logisticien peuvent être deux durant la mise en place, selon les besoins et la charge de travail. Par la suite, ces deux compétences peuvent se réunir en un seul poste assurant l'activité de gestionnaire et la planification de la maintenance logistique.

Médecin

Depuis longtemps les soignants en contact avec la population d'Afrique effectuant les actes médicaux de base sont des infirmiers (ou autre profession paramédicale), voire, dans certains cas, des agents de santé communautaires. Face au mécontentement des populations rurales quant aux soins délivrés, ces deux professions pâtissent encore, à l'heure actuelle, d'une image négative dans ces régions. Certains auteurs leur reprochent une formation succincte, sans compétence ni moyens en termes de diagnostics complexes, plus portés à des consultations expéditives, et les populations africaines montreraient alors plus d'intérêt pour une consultation médicale plutôt qu'infirmière (mais cela dépend bien sûr du niveau de la formation des infirmiers)⁵⁷.

Dans ce sens, une étude de l'OMS au Mali a montré que la présence d'un médecin dans les centres de santé de premier recours, en comparaison d'un infirmier seul, revêt de nombreux avantages quant à la qualité de la prise en charge⁵⁸. Il semble donc fort probable que la présence de médecins dans un centre de santé soit un besoin. Le principal facteur limitant pour l'engagement de la pratique d'un médecin reste l'offre extrêmement limitée en région rurale et le faible intérêt des jeunes médecins à s'y installer (*voir chapitre 3, Fidélisation des soignants en région rurale et Fiche F: Comment favoriser l'installation de médecins dans les centres de santé communautaires?*). Le peu de médecins formés et leur préférence pour la pratique dans les centres urbains limitent les possibilités d'engagement.

La pratique infirmière en région rurale se doit d'être valorisée en assurant les moyens mis à disposition et un encadrement suffisant. En cas d'impossibilité d'engager un médecin, malgré une demande et un besoin documenté, l'équipe de mise en place veille à ce que la structure et les soins prodigués par l'infirmier soient supervisés et sous une responsabilité médicale déléguée avec un cahier des charges précisant la fréquence des supervisions et son contenu. Il s'agit souvent d'un médecin de l'hôpital de référence. Tout comme dans les pays aisés du Nord, les infirmiers « praticiens » autonomes sont en vogue dans les pays à bas revenu, mais on observe des réticences du milieu médical ou facultaire quant à leur (ré)intégration.

57. Olivier de Sardan JP, Jaffré Y (2003).

58. Codjia L, et al. (2010).

La présence d'un médecin dans un centre de santé de premier recours permet⁵⁹ :

- d'élargir le registre des problèmes de santé traités et la prise en charge spécialisée de certaines pathologies (comme le diabète ou l'hypertension artérielle)
- une réduction des complications liées aux traitements prescrits
- une amélioration de la rentabilité économique du centre de santé (les populations, plus confiantes, consultent plus volontiers)
- une diminution des évacuations coûteuses et compliquées
- de sécuriser et de renforcer les compétences de l'équipe de soins

Equipe paramédicale

Le choix du type d'employé paramédical, entre infirmier et sage-femme, dépend du PMA du centre (activité de maternité, activité de chirurgie, etc.), mais aussi des qualités de formation de ces métiers qui sont variables selon les pays (à Madagascar, les écoles de sages-femmes sont réputées plus complètes que les écoles d'infirmiers).

De manière générale, le personnel paramédical doit être formé en accouchement/obstétrique et en pédiatrie au vu de l'importante mortalité en couche et chez les enfants de moins de 5 ans.

Leur nombre au sein du centre de santé (généralement un ou deux) dépend également du PMA, de la taille de la structure, et donc du nombre de consultations attendues. Les expériences pratiques ont démontré que le médecin ou l'infirmier consultant doit être assisté d'au moins un soignant paramédical diplômé.

Aide

Une personne supplémentaire est souvent engagée en fonction de la taille de la structure, des besoins et du budget. Elle associe fréquemment les rôles multiples de gardien, de technicien, de jardinier, de personnel de nettoyage, de chauffeur, de responsable de la destruction des déchets, etc. Certaines tâches (par exemple, peser et mesurer les enfants) peuvent lui être proposées. Ce poste permet un meilleur respect de l'hygiène et une amélioration de l'accueil et de la qualité générale de la structure. Il ne faut pas négliger que l'aspect de la structure et du terrain environnant est, dans certains pays, essentiel pour amener les populations à consulter. Un beau jardin bien entretenu donne confiance aux patients qui consultent pour la première fois. Ce rôle est donc une aide précieuse pour assurer la durabilité de la structure.

59. Codjia L, et al. (2010).

Supervision et formation de l'équipe soignante

La supervision s'effectue par la mise en relation du centre de santé avec les soignants de l'hôpital de référence (échelon supérieur de la pyramide du service de santé). Dans de nombreux pays, l'hôpital de référence exige des centres de santé de premier échelon un rapport régulier de l'activité accomplie (rapports d'activité, nombre de consultations, etc.), il contrôle la pratique des structures environnantes (*voir chapitre 5, Indicateurs de santé*). Il s'agit donc d'ajouter à ce transfert d'informations du centre de santé vers l'hôpital de référence, un transfert de compétence dans le sens inverse.

Un partenariat avec des acteurs externes (médecins de la capitale, médecins d'autres hôpitaux, médecins communautaires ruraux d'autres centres), pour la formation continue ou pour des conseils lors de situations cliniques complexes, limite l'isolement des soignants dans leur pratique et améliore leur motivation et la qualité des soins. On peut imaginer la visite mensuelle d'un médecin expérimenté de l'hôpital de référence pour des échanges d'informations, des discussions de cas, des conseils et une certaine supervision (cela se fait partiellement dans certains pays comme en République démocratique du Congo ou au Niger). Enfin, l'accès augmenté au téléphone portable et aux tablettes facilitera probablement encore davantage ces aspects de formation dans les années à venir (*voir chapitre 4, Outils informatiques pour l'aide au diagnostic clinique*).

Au sujet des formations continues, il existe dans certains pays des associations de médecins communautaires, des associations de sages-femmes ou d'infirmiers et certains programmes nationaux qui en offrent l'accès (même si globalement l'organisation de formations continues est rare dans les pays à faible revenu). Nous insistons sur l'importance de prévoir également des formations continues pour les employés du centre de santé actifs dans d'autres domaines que celui des soins (gestion, finances, maintenance, assainissement, etc.), car ces aspects sont à la base de la qualité des prestations fournies par le centre et œuvrent à la pérennité.

Parfois, la demande de formation ne vient pas des intéressés (mais de l'État ou d'autres organismes centralisés). Paradoxalement, la répétition de formations continues « obligatoires » en dehors des centres de santé peut dépeupler pour de longues périodes des structures mal dotées en personnel. Ces formations continues peuvent représenter un apport financier attractif (lorsqu'elles sont payées), mais un complément théorique peu opérationnel pour les activités des soignants. La coordination de ces formations émanant de partenaires et leur rétribution sont donc des questions complexes. Leur gestion n'est pas simple et nécessite une vision globale qui considère l'intérêt du personnel, des populations et du partenaire qui l'initie.

Le rôle central d'un groupe de formateurs dans l'amélioration des soins prodigués au Laos

Une expérience du Service de Missions et d'Entraide au Laos



Dans le sud du Laos, l'amélioration de la formation du personnel de santé a été le levier pour améliorer la fréquentation des centres de santé villageois et des hôpitaux de district. Un groupe de formateurs, composé d'infirmières des hôpitaux provincial et de district et d'agents de santé du centre de santé villageois issus des différentes ethnies, a permis le renforcement des capacités, et aussi de mieux communiquer avec les minorités ethniques et, ainsi, d'améliorer leur accès aux soins.

Le projet en bref

Le Service de Missions et d'Entraide (SME) est une ONG suisse centenaire dont les actions sont basées sur le partage du savoir. Elle mène des projets d'éducation, de formation professionnelle et de perfectionnement professionnel en Asie et en Afrique.

Dans le sud du Laos, une grande partie de la population vit dans des zones reculées et montagneuses. Les routes d'accès aux villages ne sont pas goudronnées et sont impraticables pendant les périodes de pluie. Pour les habitants, se rendre dans un hôpital provincial⁶⁰ est très difficile et se fait en dernier recours. Il existe des hôpitaux de district et des centres de soins dans certains grands villages, mais leur fréquentation est faible. Par exemple, l'hôpital de district de Kalum, qui couvre une population de 17 000 habitants, n'hospitalise en moyenne que quatre patients par jour et n'accompagne seulement que deux accouchements par mois.

L'origine de cette basse fréquentation est multifactorielle et liée à la mauvaise qualité des soins prodigués, au manque chronique de travailleurs, à la mauvaise gestion de l'approvisionnement des stocks et au manque de matériel de diagnostic ou au mauvais entretien de ce dernier. Dans l'hôpital de Kalum encore, le Service de Missions et d'Entraide a pu constater que la machine de radiologie n'avait pas été utilisée, faute de technicien formé, et que l'appareil à ultrasons était cassé depuis des mois. Le manque de soignants pour les centres de santé est également un problème chronique au Laos.

C'est dans ce contexte que l'amélioration de la formation du personnel des centres de soins est située au cœur de la démarche de l'ONG.

Points clés

Des formations en cascade pour toucher de multiples intervenants

Un groupe de formateurs, dévolu à l'enseignement du personnel soignant de la

province et des districts, a été mis sur pied. Pour assurer ce rôle, six infirmières de l'hôpital provincial et six infirmières des trois hôpitaux de district ont été sélectionnées par la direction des hôpitaux.

60. Dans cette expérience :

- Centre de soins : structure sanitaire de base responsable de la santé d'un ensemble de villages.
- Hôpitaux de district : structure d'accueil des patients transférés depuis les centres de soins, participe à la formation de ces derniers.
- Hôpital provincial : structure sanitaire de référence au niveau de la province, accueille les patients transférés depuis les hôpitaux de district, participe à la formation des hôpitaux de district et des centres de soins.

Les douze formateurs ont bénéficié de cours de méthodologie de l'enseignement (sur l'évaluation des besoins en formation, le travail communautaire, les bons aspects d'un formateur et l'apprentissage des éléments de méthodologie de formation participative). Ils ont effectué des tests avant et après les cours techniques et pratiques dans le but de valider leurs compétences.

Les formations dispensées ont ensuite été basées sur les demandes formulées par les responsables des centres de soins. Ces derniers ont exprimé le besoin d'une mise à jour des connaissances dans les soins d'urgence (accidents, réanimation), sur la gestion de l'unité de soins (hygiène, propreté), la gestion des données des patients et l'amélioration des connaissances sur les maladies fréquentes. Comme les infirmières de district n'avaient initialement pas assez d'expérience pour dispenser des formations dans les centres de santé villageois, les infirmières formatrices de l'hôpital provincial ont joué un rôle essentiel auprès de leurs collègues pour les rendre autonomes dans cette tâche.

Les minorités ethniques au Laos représentent plus de 50% de la population, mais il est rare de trouver des travailleurs de la santé issus de ces groupes. Quatre jeunes des minorités ethniques et maîtrisant les dialectes locaux ont donc été formés comme travailleurs en soins primaires. Cette présence de personnel local a permis d'augmenter la confiance des populations dans les structures de santé.

Quels enseignements ?

L'augmentation des compétences grâce aux cours dispensés par les formateurs a largement contribué à améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux ainsi que dans les centres de santé. La documentation et l'administration des traitements aux patients se sont fortement améliorées. Les tests de connaissances réalisés entre le début et la fin des trois ans du projet montrent une augmentation des capacités du personnel à reconnaître les maladies fréquentes (de 50% à 80% de sensibilité). La gestion de l'hygiène et la propreté ont également fait partie des résultats manifestes.

“ La formation des infirmières de l'hôpital provincial de ma région m'a permis d'acquérir des nouvelles connaissances me permettant de mieux servir la population du village. Grâce à leur présence dans mon centre de santé, je n'ai pas eu à me déplacer pour assister à une formation.

Kamkun, infirmière dans le centre de santé de Sonkhone

Ces démarches ont été facilitées par le grand respect qui règne dans la région envers la hiérarchie, les infirmières formatrices de l'hôpital provincial ont, par conséquent, été énormément respectées dans leur position.

Prendre en compte les minorités ethniques

L'avantage de l'utilisation de formateurs locaux a été multiple : apporter la formation directement sur le lieu de travail du personnel de santé a permis de diminuer les absences engendrées par des formations centralisées et a permis de concevoir des formations sur mesure et adaptées aux besoins des centres de santé. De plus, au Laos, la population reste très attachée à des soins prodigués par du personnel local s'exprimant dans leur langue ethnique régionale. En permettant l'accès à une éducation supérieure et à la pratique en tant que travailleurs des soins primaires pour des jeunes issus des minorités ethniques, le projet a permis de former des soignants capables de communiquer avec les populations. Par ailleurs, ces soignants ont été plus enclins à rester dans la région dans laquelle ils ont travaillé, ce qui a permis une fidélisation des soignants dans ces régions rurales enclavées.

POUR ALLER PLUS LOIN



Références et liens

- « Peer Education Training of Trainers Manual », UN Interagency Group on Young People's Health Development and Protection in Europe and Central Asia, Sub-Committee on Peer Education
- Training Trainers for Development, <https://www.planusa.org/docs/training-of-trainers-manual.pdf>
- « Lao Statistics Bureau, Provincial Province Sékong » <http://www.healthdata.org/laos>



Contact

Valérie Pellé, chargée de programme SME
valerie.pelle@sme-suisse.org

- ▶ Le groupe de formateurs local agit au long terme et de façon indépendante et ne dépend pas systématiquement du Service de Missions et d'Entraide.
- ▶ Le soutien à des étudiants des minorités ethniques pour leurs études favorise l'implantation des professionnels de santé dans leur région de travail et participe au maintien des soignants en région rurale.
- ▶ L'implémentation d'une culture de la formation et du transfert de compétences est possible en utilisant des acteurs du terrain reconnus et respectés par tous dans une démarche de formation structurée et ciblée sur les demandes de la population et/ou les besoins objectifs.



Fidélisation des soignants en région rurale

En Afrique, les personnels de santé vivent et travaillent majoritairement dans les villes. Pour tenter de pallier ce déséquilibre, l'OMS a mis au point, en 2010, un ensemble complet de stratégies pour que les pays puissent inciter les soignants à vivre et à travailler dans les zones rurales ou reculées⁶¹. Le rapport issu de ce travail a mis en évidence une série de facteurs « universels » influençant le choix des soignants à rester en région rurale et d'y pratiquer.

De ces facteurs ont émergé des recommandations, à mettre en œuvre tant à l'échelle gouvernementale et politique que locale, pour augmenter la fidélisation et la pratique des soignants en régions rurales et reculées. Il est bien entendu que, à l'échelle du centre de santé de premier recours, la possibilité d'agir sur l'ensemble de ces facteurs est limitée. Les démarches de santé initiées dans la région d'implantation doivent néanmoins valoriser ces recommandations et rester sensibles au problème majeur de la fuite des soignants vers les zones urbaines.

61. OMS (2010). Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale.

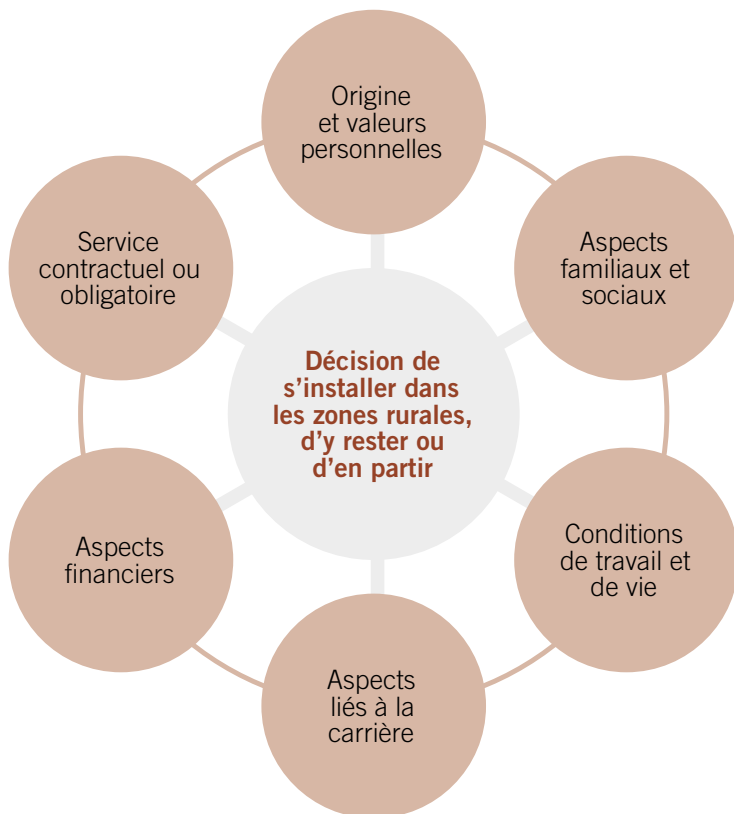


Figure adaptée de l'OMS, « Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale. »

Origine et valeurs personnelles : origine rurale, sens des valeurs, altruisme.

Aspects familiaux et sociaux : scolarisation des enfants, sens de la solidarité, équipements collectifs.

Aspects financiers : avantages, indemnités, salaire, système de paiement.

Aspects liés à la carrière : accès à des opportunités de formation continue, encadrement, cours/ateliers de développement professionnel, postes de responsabilités en zone rurale, etc.

Conditions de travail et de vie : infrastructures, milieu professionnel, accès aux technologies/ médicaments, conditions de logement, etc.

Service contractuel ou obligatoire : service obligatoire ou non.

Catégories d'intervention	Interventions
A. RECOMMANDATIONS LIÉES À LA FORMATION	1. Accueillir des étudiants d'origine rurale dans les formations 2. Situer les écoles de santé hors des capitales et des grandes villes 3. Exposer les étudiants à la pratique en milieu rural (stages cliniques) 4. Réviser les programmes d'études pour inclure des sujets de santé rurale 5. Concevoir des programmes de formation qui répondent aux besoins ruraux
B. RECOMMANDATIONS LIÉES À LA RÉGLEMENTATION	1. Instaurer des champs de pratique soignante élargis dans les zones rurales (chirurgie, etc.) 2. Instaurer différents types de personnel de santé, les former à la pratique en milieu rural et réglementer cette pratique 3. Veiller à ce que le service obligatoire dans les zones rurales ou reculées soit assorti de mesures incitatives et de soutien approprié 4. Conditionner l'octroi de bourses d'études et d'autres aides à la formation dans les zones rurales
C. RECOMMANDATIONS LIÉES AUX INCITATIONS FINANCIÈRES	1. Utiliser un éventail d'incitations financières (indemnités de logement, gratuité des transports, congés payés, etc.)
D. RECOMMANDATIONS LIÉES AU SOUTIEN PERSONNEL ET PROFESSIONNEL	1. Améliorer les conditions de vie des personnels de santé et de leur famille et investir dans les infrastructures et les services (assainissement, électricité, télécommunications, écoles, etc.) 2. Offrir un environnement professionnel sûr et de qualité, incluant les fournitures et le matériel appropriés, un encadrement adapté et un soutien pédagogique 3. Définir et mettre en œuvre des activités de proximité pour faciliter la coopération entre personnels de santé de zones mieux pourvues et personnels de zones mal desservies. Apporter un appui supplémentaire aux personnels de santé des zones rurales ou reculées au moyen de la télémédecine 4. Concevoir et soutenir des programmes d'organisation des carrières et offrir des postes de responsabilité en zone rurale pour permettre aux personnels de santé de gravir les échelons sans nécessairement quitter les zones rurales 5. Soutenir la création de réseaux professionnels, d'associations de professionnels de la santé en milieu rural, de revues de santé rurale 6. Adopter des mesures de reconnaissance publique, comme une journée de la santé rurale, des récompenses et des distinctions aux niveaux local, national et international, pour améliorer l'image de l'exercice professionnel en milieu rural

Recommandations, à l'échelle tant gouvernementale, politique que locale, pour augmenter la fidélisation et la pratique des soignants en région rurale et reculée. En gras figurent les points qu'un centre de santé de premier recours peut soutenir, voire mettre en place.

Comment favoriser l'installation de médecins dans les centres de santé communautaires?

L'expérience de Santé Sud au Bénin



La « médecine générale communautaire » a permis à des médecins privés d'exercer leur métier de façon autonome, en étant partenaire du secteur public dans un esprit de complémentarité. Renforçant la base du système de santé, cette approche a amélioré l'accès, sur le plan tant géographique que financier, des populations rurales à des soins de qualité délivrés par des médecins généralistes.

Le projet en bref

La densité médicale au Bénin est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire ; le nord du pays et les zones rurales sont particulièrement sous-médicalisées. Ce phénomène explique, en partie, la performance insuffisante du système de santé béninois. Face à ce constat, le ministère de la Santé a exprimé la volonté de désenclaver le nord du pays. Afin de concourir à cet objectif, l'ONG Santé Sud, qui soutient depuis plus de vingt ans la médicalisation des zones rurales, a développé un concept original : la « médecine générale communautaire ». Cette fiche comprend des recommandations issues de l'accompagnement de médecins généralistes communautaires (MGC) au Bénin qui bénéficient des expériences antérieures au Mali (1989) et à Madagascar (1995).

Points clés

Définition du concept de « médecine générale communautaire »

Ce concept propre à Santé Sud est une approche qui permet à un médecin privé d'exercer de façon autonome, dans une vision de service public. Ont été réunis dans une même pratique, la fonction de clinicien et celle de responsable d'une aire de santé, le soin curatif pour l'individu et la médecine préventive à la communauté. Sous la coordination des autorités sanitaires publiques, le médecin assure des campagnes de vaccination, participe à la lutte contre les épidémies et remplace temporairement le médecin chef du poste de santé de référence, si besoin. Le médecin offre des prestations spécifiques en lien avec la particularité de son statut : visites à domicile, promotion de la santé en milieu scolaire et réalisation de consultations complètes incluant soins curatifs, planification familiale et vaccination infantile. Il facture ses prestations médicales en garantissant une tarification abordable similaire à celle des centres de santé communautaires et s'adapte aux capacités financières des

populations locales en pratiquant le crédit lorsqu'il le juge nécessaire. Ces médecins ne perçoivent pas les mêmes avantages que ceux de l'État (sécurité de l'emploi, prime et retraite). En contrepartie, les observations, au cours du suivi formatif, ont montré que leurs revenus peuvent être en moyenne 1,5 à 2 fois supérieur, selon leur présence dans leurs centres de santé.

Pour une installation réussie des médecins en zones rurales

Informé, sensibiliser et former. Pour favoriser l'engagement des médecins sur le long terme, il a été important avant la sélection de les informer et de les sensibiliser aux particularités du concept de médecine en zones rurales isolées. Les volontaires sélectionnés ont suivi, ensuite, une formation spécifique de médecine générale communautaire au sein de Facultés de médecine partenaires de Santé Sud. À Parakou au Bénin, une filière et un diplôme universitaire ont été créés, apportant une véritable reconnaissance à cette spécialité.

Il est important d'informer et de sensibiliser les médecins aux particularités de la médecine en zones rurales isolées.

Accompagner l'installation. L'identification et la validation du site d'installation s'est effectuée en concertation avec les autorités décentralisées (communes), les autorités publiques sanitaires et la communauté. S'en est suivi, avec l'appui technique et/ou financier de Santé Sud, la réhabilitation ou la construction du centre de santé ainsi que son équipement. Un logement à proximité du centre a été mis à disposition du médecin. Les frais de fonctionnement ont été à la charge du praticien, mais ont pu être allégés grâce à des arrangements contractualisés avec la collectivité. Établir une convention de partenariat⁶² a été essentiel pour permettre au médecin d'intégrer une place légitime dans le système de santé et de définir clairement son rôle. Selon le contexte, le médecin a pu lier par un contrat de droit privé avec une structure de santé de première ligne dont il assure la responsabilité médicale ou exercer sous un mode libéral dans son propre centre avec une convention d'association au service public. Il s'est engagé alors à assurer le « Paquet minimum d'activités » sur son aire de responsabilité en contrepartie de son intégration dans le district sanitaire.

Garantir le suivi, la formation continue et la mise en réseau des jeunes médecins grâce à :

- un référent expérimenté (mentor) qui a suivi sur deux ans l'installation
- un programme de formation continue trimestrielle pour tous les médecins
- une association de MGC qui a valorisé la profession et a renforcé l'entraide
- des ateliers de recherche-action sur des pathologies spécifiques pour améliorer la qualité des pratiques et des soins
- des visites de médecins généralistes expérimentés du Nord (compagnonnage)

Qui initie la demande d'installation ?

La demande d'implantation est venue en général des mairies, mais peut aussi venir directement d'un centre de santé communautaire sans médecin. Elle a été étudiée avec les différents partenaires : les communautés, les médecins représentés par leur association professionnelle et le secteur sanitaire public régional. Une étude de faisabilité a déterminé la viabilité du centre (fréquentation, viabilité financière particulièrement pour le médecin). En l'absence de dispositif d'installation et d'accompagnement opérationnel localement, les acteurs communautaires doivent se mobiliser pour trouver leur solution, au cas par cas, en négociant avec un médecin disponible.

62. Voir Annexe F.1 à F.3 : Modèles de convention et contrat de travail.

Quels enseignements ?

Une pratique aux bénéfices multiples

Une plus grande variété de pathologies, d'actes et d'accouchements difficiles ont été pris en charge au niveau du centre communautaire, ce qui a réduit le nombre de patients référés et a évité les évacuations coûteuses dans des conditions difficiles de transport. D'après notre observation, au niveau de quelques centres, il a semblé que l'activité des médecins a été accrue lorsqu'ils ont bénéficié de la présence d'une mutuelle de santé fonctionnelle et, réciproquement, les adhésions à une mutuelle de santé ont augmenté là où un médecin a été implanté.

Valorisation de cette pratique par les jeunes médecins

La fonction de médecin généraliste manque encore de reconnaissance. Certains médecins envisagent ce mode d'exercice comme moyen d'acquérir une expérience, afin de viser d'autres opportunités : spécialité hospitalière ou une carrière administrative en santé publique. Faute d'une valorisation effective de leur formation et ne recevant pas d'allocations financières de la part de l'État pour les prestations de santé publique qu'ils offrent, un sentiment d'insécurité professionnelle s'est fait ressentir et des doutes vis-à-vis des pouvoirs publics ont pu émerger. Malgré ce constat, notons que la majorité des médecins généralistes communautaires ont été satisfaits

de leur situation, comme l'atteste la durée moyenne d'installation, deux fois plus longue que celle d'autres médecins exerçant en zones périphériques. La reconnaissance des populations locales, la formation continue, l'accompagnement et le suivi reçus de Santé Sud ont participé grandement à la durabilité de leur engagement.

Partenariat public-privé : du rejet à une dynamique globale de développement

Si le partenariat public/privé est inscrit officiellement dans la législation béninoise, il ne l'est pas encore dans les mentalités de tous les acteurs locaux. L'introduction des médecins généralistes communautaires dans la pyramide sanitaire a perturbé la hiérarchie établie. Elle a pu être perçue comme une concurrence par les services publics de santé ou, au contraire, a pu déboucher sur une collaboration fructueuse. Ainsi, des médecins responsables de districts ont sollicité l'installation de médecins généralistes communautaires pour améliorer la couverture sanitaire, des mairies ont multiplié leurs demandes d'installation et ont construit des infrastructures sanitaires ou des forages pour favoriser la venue de praticiens. Dans ces zones, une véritable dynamique globale de développement rural s'est alors engagée. Cependant, des efforts restent à faire pour formaliser les droits et les devoirs respectifs entre partenaires.

“ L’introduction de médecins dans les centres de santé ruraux est une réponse pertinente aux besoins de santé des populations rurales isolées (...), elle redonne confiance aux populations et restaure une crédibilité au système de santé. ”

Évaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali. OMS, 2008

Extension du dispositif

Malgré l'intérêt suscité par la médecine généraliste communautaire, on ne constate pas encore un mouvement d'adhésion aux niveaux institutionnel, ministériel ou universitaire qui permettrait l'autonomisation et l'extension du dispositif à plus grande échelle. Cette initiative dépend encore beaucoup trop de l'implication de Santé Sud et de ses financements extérieurs. Pourtant, la répliquabilité de cette démarche est envisageable dans tous les pays qui présentent un nombre important de médecins sans emploi et de fortes disparités médicales géographiques. Dans le cadre d'un partenariat « gagnant-gagnant », l'instauration d'une réglementation, avec un cadre contractuel entre les médecins généralistes privés et le secteur public, est recommandée. Ainsi, une expérimentation de mise en cogestion privée de trois centres de santé publique à Madagascar a été encourageante, comme le démontre l'évaluation : la contractualisation a permis d'étendre les services publics à moindre coût pour l'État.

POUR ALLER PLUS LOIN



Références et liens

- Version numérique gratuite : Dominique Desplats et Clément Razakarison, Le guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar. Concept – Organisation – Pratiques. Marseille, France : Santé Sud, Association de solidarité internationale, 2011, 320 pp. http://classiques.uqac.ca/contemporains/desplats_dominique/Guide_medecin_generaliste_Afrique/Guide_medecin_generaliste_Afrique.pdf
- Caplain, Roland, et al. « Promouvoir des soins de proximité en Afrique : l'exemple de la médecine générale communautaire au Bénin », Santé publique, 2014, pp. 59-65.
- Site de référence : <http://www.santesud.org>



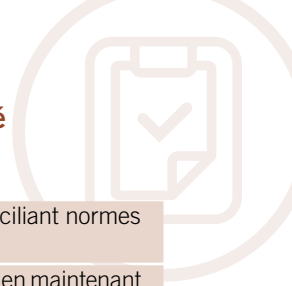
Contact

D^r Roland Caplain – Santé Sud
r.caplain@hotmail.fr

- ▶ L'accessibilité géographique et financière, la qualité des soins prodigués, la disponibilité auprès des populations, la collaboration avec les élus locaux et la complémentarité avec le secteur public rendent l'approche de la médecine générale communautaire pertinente pour répondre aux besoins en matière de santé.
- ▶ Cette pratique offre l'opportunité aux jeunes médecins formés d'exercer leur métier, de bénéficier d'un dispositif d'accompagnement et d'être intégrés dans un réseau de solidarité professionnelle.



Check-list 3 Planifier l'activité du centre de santé



sur les prestations du centre de santé :

- Avez-vous défini un « Paquet minimum d'activités » (PMA) en conciliant normes légales et besoins locaux ?
- Avez-vous pensé à intégrer les programmes verticaux nationaux, tout en maintenant une bonne coordination des activités du centre ?
- Avez-vous analysé la situation des soins chirurgicaux dans la région et le rôle que le centre de santé pourrait jouer dans ce domaine (soutien, référencement, etc.) ?
- Avez-vous identifié des objectifs de prestations de soins du centre de santé en analysant :
 - les besoins en soins de la région ?
 - le taux d'activité attendu ?
 - le revenu attendu ?
- Avez-vous prévu des plans systématiques de dépistage de la malnutrition, (<5 ans) et des maladies non transmissibles (>50 ans) ?
- Avez-vous intégré la distinction entre coût et prix dans les démarches ?
- De manière générale, qui paie les coûts de la santé ? Quelle répartition entre État, population, ONG extérieures, mutuelles de santé ?
- Avez-vous défini quel(s) type(s) de soignants pratiqueraient dans le centre ?

Sur la fidélisation du personnel soignant en zone rurale :

- Avez-vous prévu les contrats qui lieront les soignants au centre de santé ?
- Avez-vous dressé un cahier des charges détaillé de l'activité de chacun des employés en veillant à ce que tous les aspects essentiels à une bonne qualité de soins, de la gestion ou de la logistique soient couverts par l'équipe ?
- Avez-vous réfléchi à la supervision des équipes par des pairs externes ?
- Avez-vous réfléchi à l'organisation des formations continues des équipes en accord avec les besoins du centre de santé et de la population ?
- Y a-t-il une réflexion sur comment retenir les équipes soignantes dans le centre de santé et la région ?
- Avez-vous priorisé l'engagement de soignants locaux ou représentatifs des ethnies régionales ?

PROJET NATIONAL D'APPUI AU DEVELOPPEMENT
CONDUIT PAR LES COMMUNAUTES
COMMUNE DE KALALE
CONSTRUCTION D'UN DISPENSAIRE ECOLE A GOROGAO
CO-FINANCE PAR ADV ET LE PNDCC
ANNEE: 2004



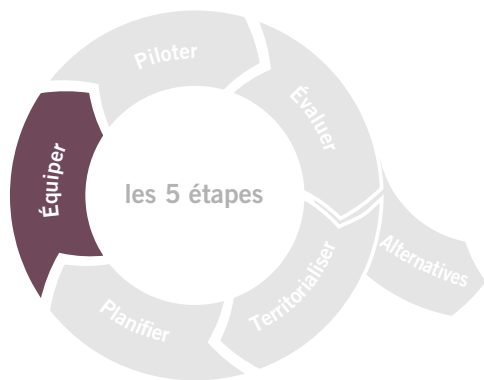


► 4. Équiper et entretenir le centre de santé

L'agencement du bâtiment et son architecture influencent les soins et la fréquentation. L'approvisionnement et la sélection du matériel ou des médicaments sont également complexes. Enfin, les démarches logistiques comme la gestion des déchets, des eaux usées (voire même des corps défunts) ou l'hygiène ne doivent pas être négligées.

Dans ce chapitre nous abordons :

- la construction et l'agencement du bâtiment
- la constitution de l'équipement de base et sa gestion
- les mesures d'hygiène et de gestion des déchets et les pistes pratiques en régions rurales
- les autres aspects logistiques
- les principes de base des outils informatiques d'aide au diagnostic



Fiche G : Architecture des centres de santé, République démocratique du Congo.

Fiche H : Réhabiliter ou construire un centre de santé : Sénégal et Togo.

Fiche I : Restructuration des pharmacies, Madagascar.

Fiche J : Mise en place de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, Mali.

Fiche K : L'implantation de tablettes en brousse, Burkina Faso



Construction ou réhabilitation du bâtiment

La construction ou la préparation du bâtiment pour qu'il puisse accueillir une activité de soins de qualité est une étape cruciale. Dans certains cas, le lieu d'implantation choisi implique la présence d'un bâtiment déjà disponible. Les recommandations qui suivent servent donc à son éventuelle réhabilitation en centre de santé fonctionnel. Dans d'autres projets, la situation locale et les besoins prescrivent une nouvelle construction.

Dans le cas d'une construction *de novo*, une question oubliée est souvent celle des matériaux (voir Fiche G : *L'architecture des centres de santé : quel rôle de la communauté et quelle place pour les techniques locales ?*). Très souvent les autorités ou les communautés exigent des constructions avec des matériaux « standardisés » (ciment, béton armé, etc.), en se référant au modèle des pays aisés. Dans ces situations, l'utilisation de matériaux locaux est très vite écartée, voire absente des réflexions, alors que, souvent, leur faible coût, leur acheminement simplifié, leur résilience et leur adaptation au climat en font des éléments idéaux. En plus des aspects matériels purs, ces matériaux locaux facilitent l'intégration du centre dans la communauté en mobilisant les savoir-faire pour la construction et en revalorisant les cultures constructives locales. Lors d'une construction, la main-d'œuvre, mais aussi l'entrepreneur, devraient également être des membres de la communauté qui bénéficieront éventuellement, un jour, des soins.

Lors d'une construction, la main-d'œuvre, mais aussi l'entrepreneur, devraient être des membres de la communauté qui bénéficieront des soins.

Pour éviter les surcoûts, la construction se fait après l'analyse d'au minimum trois devis. Il est en outre fondamental de s'assurer que la question foncière (à qui appartient le terrain sur lequel sera posé le centre de santé ?) a bien été clarifiée. Enfin, pour éviter que l'activité du centre ne soit mise en péril, il importe, surtout en cas d'écart aux plans standard nationaux (nombre de pièces, taille, matériaux différents), d'obtenir l'accord des autorités légales avant de commencer la construction.

La taille d'un centre de santé dépend de sa fréquentation et de la nature des prestations accordées

Pour un centre de santé de base, s'implantant dans un bassin de population de moins de 30 000 habitants ou avec une prévision moyenne de moins d'un accouchement par jour (voir chapitre 3, *Anticipation des besoins en soins, du*

taux d'activité et du revenu attendu), un seul bâtiment regroupant centre de soin et maternité est généralement suffisant. Dans des régions plus peuplées, certaines recommandations, notamment au Burkina Faso⁶³, proposent une séparation entre le centre de soins de base, la maternité et le lieu de distribution des médicaments et des vaccins pour bénéficier d'une meilleure prise en charge des parturientes (les femmes enceintes ou qui accouchent) et des patients consultant le centre pour d'autres demandes. Ces séparations peuvent bien sûr se faire dans différents bâtiments ou également dans différents secteurs de prise en charge dans une même structure (étages différents, entrées différentes, etc.).

Pour un centre de santé s'implantant dans un bassin de population de moins de 30 000 habitants dans moins de 5 kilomètres de rayon ou avec moins d'un accouchement prévu par jour, l'*annexe 4.1* propose un agencement minimum. Pour illustrer ces propositions, l'*annexe 4.2* représente l'exemple concret du Plan du centre de santé mis en place à Madagascar.

Pour un centre de santé s'implantant dans un bassin de population de plus de 30 000 habitants dans moins de 5 kilomètres de rayon ou avec plus d'un accouchement prévu par jour, l'*annexe 4.3* propose un agencement minimum en trois secteurs dont un secteur « dispensaire », une maternité et des services communs.

Aspects cruciaux de l'agencement du bâtiment d'un centre de santé

La conception architecturale doit tenir compte du confort des occupants et des patients en s'adaptant aux conditions climatiques du pays et de la région d'implantation. Dans les régions chaudes, il faut chercher, par des dispositions de construction, à procurer un confort thermique naturel. Le ministère de la Santé du Burkina Faso⁶⁴ propose, dans ses recommandations, de réduire au maximum l'insolation des murs, d'exposer les façades principales des bâtiments nord/sud en les protégeant du soleil et de la pluie par de larges débords de toiture et de veiller à la ventilation naturelle maximale des locaux (sous-toiture, volets ou fenêtres à lames pivotantes, matériaux de toiture léger, etc.). Dans les régions plus froides, la construction doit se faire dans le but de réduire, par des mesures d'isolation, le coût d'exploitation des locaux au minimum.

63. ministère de la Santé du Burkina Faso (2004).

64. ministère de la Santé du Burkina Faso (2004). Normes et standards en infrastructures et en équipements du centre de santé et de promotion sociale du centre médical avec antenne chirurgicale et du centre hospitalier régional. ministère de la Santé du Burkina Faso.

Un drainage efficace des eaux protège le centre des inondations en cas de fortes précipitations.

Les règles de sécurité nationales (ou internationales si elles ne sont pas disponibles) concernant le risque d'incendie et la sécurité électrique doivent également être rigoureusement respectées.

L'agencement du bâtiment doit veiller à la préservation inconditionnelle de l'intimité et de la confidentialité (discrétion visuelle et auditive), principalement pour les salles de consultation et les sanitaires. Ces éléments, très souvent banalisés, jouent un rôle majeur dans la confiance accordée par la population.

Une réflexion sur la circulation au sein du centre (« circuit des patients ») doit être effectuée pour en faciliter l'utilisation et améliorer le confort des patients et des employés. Il faudra réfléchir également à l'endroit où consultera un patient supposé contagieux.

L'architecture doit avoir un côté « flexible ». Qu'il s'agisse d'un nouveau centre ou de la réutilisation d'un ancien bâtiment, il faut tenir compte de son développement futur en prenant en considération les possibilités d'extension ou de transformation ultérieures. Sans pouvoir prédire l'avenir, le centre de santé pourrait être, par exemple, amené à devoir être un centre de référence en cas d'épidémie dans la région.

Un lieu de vie pour les employés et leur famille est prévu, selon l'activité du centre et les ressources, avec l'installation d'une cuisine et de latrines.

Un abri externe pour les rencontres avec les différentes personnes clés de la région, les réunions d'équipe ou les formations du personnel peut également être bénéfique.

Un ou plusieurs points d'eau (réservoir, puits, source) doivent être présents à proximité du centre de santé. La construction veille au respect des normes d'assainissement pour éviter une contamination par la fosse septique de l'eau utilisée dans le bâtiment. Il en est de même pour la facilitation des mesures d'hygiène, de la gestion des déchets et des latrines (*voir chapitre 4, Hygiène, assainissement et gestion des déchets*).

L'architecture des centres de santé : quel rôle de la communauté et quelle place pour les techniques locales ?

L'expérience de MISEREOR et CRAterre en
République démocratique du Congo



En zone rurale, les centres de santé sont des éléments clés du territoire et influencent la communauté en servant de modèles pour la construction d'autres bâtiments, mieux adaptés au climat et aux ressources locales. Une approche basée sur les cultures constructives locales a revalorisé les matériaux et le savoir-faire communautaire et a contribué à la pérennité de l'infrastructure et à son rayonnement dans la population.

Le projet en bref

L'ONG MISEREOR appuie le Bureau diocésain des œuvres médicales de Lubumbashi (BDOM), qui s'engage depuis plus de dix ans dans la promotion de l'accès aux soins pour les zones rurales pauvres de la République démocratique du Congo par l'implantation de centres de santé.

Au Katanga, la maçonnerie en briques cuites est la référence pour les bâtiments publics, mais elle a un impact négatif sur l'environnement, car le combustible utilisé pour la production des briques est le bois de la forêt tropicale. La fabrication des briques nécessaires à 275 mètres carrés de construction entraîne, par exemple, un demi-hectare de déforestation. De plus, les briques cuites et le mortier utilisés en remplissage d'une structure en béton armé sont souvent de mauvaise qualité. Lubumbashi, où se trouvent les matériaux de construction, est éloignée des régions d'implantation des centres (200 kilomètres) et le mauvais état des pistes (huit heures de trajet) implique que les devis proposés par les entreprises de construction sont souvent supérieurs aux budgets prévus.

Pour pallier ces problèmes, le BDOM a développé, avec l'assistance technique du laboratoire CRAterre, une stratégie de promotion de construction des centres de santé en terre crue. Ce choix a été guidé par l'étude des techniques de construction locales : les familles construisent depuis longtemps leur maison en briques de terre crue moulées et séchées au soleil (technique dénommée « adobe »). Ces dernières sont économiques, adaptées au climat local et n'ont quasiment pas d'impact écologique. La dimension de l'adobe et sa propriété permet de bâtir des murs stables de 18 à 20 centimètres d'épaisseur. Avec le temps, les briques cuites, synonyme de modernité pour les familles paysannes, sont apparues. Ces dernières permettent la construction de murs plus fins de moins de 15 centimètres d'épaisseur. L'engouement pour les murs en briques cuites a influencé les murs en adobe qui ont été construits de plus en plus fins, sont devenus instables et sont, à l'heure actuelle, synonyme de pauvreté et de fragilité.

Points clés

Dépasser le rejet initial de construction en adobe

Dans un premier temps, les partenaires locaux ont rejeté la construction en adobe. Les blocages culturels et les préjugés négatifs étant trop ancrés dans la conscience collective. C'est donc un compromis, le « bloc de terre comprimée » (BTC) stabilisé à 6% de ciment, qui a été retenu pour

la réalisation des trois premiers centres dans la zone rurale de Kansénia à partir de 2011. Après six ans d'exploitation, les façades extérieures en BTC sont en bon état et ne nécessitent pas de travaux de peinture, comme c'est souvent le cas pour les bâtiments en briques cuites.

La construction en BTC nécessite une presse manuelle ou (semi-)automatique

et du ciment. Elle reste donc inaccessible au plus grand nombre et contribue peu à la revalorisation du patrimoine local. En 2017, convaincu par cette première expérience, le BDOM a souhaité aller plus loin en démarrant la construction de deux nouveaux centres de santé, cette fois en adobe ou « blocs de terre moulés »

(nouvelle appellation moderne). Au-delà de l'économie réalisée sur les travaux de maçonnerie, le choix de l'adobe a permis à la population de participer activement à la réalisation des centres de santé, de se les approprier et de pouvoir les entretenir.

Quels enseignements ?

Une valorisation du patrimoine

L'utilisation de techniques locales a valorisé le patrimoine, en apportant une innovation dont la communauté locale a été fière. L'expérience de BDOM a montré que, en région rurale de République démocratique du Congo, chaque infrastructure de santé (centre de santé, poste de santé, hôpital de district) pourrait être construite en terre crue, en respectant certaines spécificités de construction. Le plus difficile a été de dépasser le préjugé qui veut que la terre soit un matériau sale. Bien conçu et bien réalisé, l'entretien a été facile et peu coûteux.

Le défi de la sensibilisation

Comme le relèvent plusieurs ONG, dont Nouvelle Planète et To go to Togo, la demande des populations locales de centres de santé en ciment, « à l'euro-péenne », est une règle générale. Les deux raisons principales évoquées sont le nettoyage et l'hygiène facilités par des surfaces cimentées ainsi que le prestige du centre.

Les activités de sensibilisation dans le cadre d'une approche basée sur les « cultures constructives locales » ont donc

été essentielles. Plusieurs expériences ont montré que, lorsque les populations locales bénéficient de suffisamment d'informations sur une alternative possible au ciment et aux outils pour comprendre les enjeux du choix ou du processus constructif, elles peuvent faire un choix éclairé. Qui s'est la plupart du temps porté sur des techniques de construction locales, revalorisantes, durables et moins coûteuses.

POUR ALLER PLUS LOIN



Références et liens

- Assessing local building cultures for resilience development. Villefontaine: CRAterre. <https://craterre.hypotheses.org/999>
- Aléas naturels, catastrophes et développement local, CRAterre Editions. <https://craterre.hypotheses.org/1018>
- Reconstruire Haïti après le séisme de janvier 2010 : réduction des risques, cultures constructives et développement local. Villefontaine: CRAterre. <https://craterre.hypotheses.org/764>



Contact

- Bureau diocésain des œuvres médicales de Lubumbashi – BDOM, bdomlushi06@yahoo.fr, www.bdombkv.org
- Architectes sans Frontières – Helvetia, Jean-Marie Plancherel, jmplancherel@bluewin.ch
- CRAterre, www.craterre.org – Contact elsa.cauderay@collectifcarpe.ch et Alexandre Douline, consultant Misereor, craterre@grenoble.archi.fr

- ▶ Un projet de construction basé sur les CCL est une solution appropriée pour instaurer au sein de la communauté une réflexion sur l'accessibilité et, notamment, sur la durabilité, le confort, l'esthétisme et le coût.
- ▶ Une approche basée sur les CCL nécessite une certaine flexibilité, puisqu'elle se base sur une démarche participative. Une phase de test est souvent nécessaire avant la mise en place du projet définitif.
- ▶ Il faut planifier un temps de quelques jours à deux semaines pour le diagnostic participatif des bâtiments en relevant leurs points forts et ceux faibles, les filières locales de matériaux ainsi que les ressources matérielles, culturelles ou de savoir-faire disponibles.
- ▶ Les formations techniques, la sensibilisation et l'information de la communauté sont une étape importante, elles se pratiquent directement sur le chantier du centre de santé, qui sert de bâtiment modèle et de support de formation dans un projet de renforcement des compétences locales.
- ▶ La complexité de la démarche est compensée par un projet allant bien au-delà de la réalisation d'un seul bâtiment : la communauté acquiert de l'autonomie pour l'entretien de l'infrastructure, mais également en termes de compétences pour d'autres projets de construction communautaire ou même leur propre maison.



Qu'est ce qu'une approche de culture constructive locale?

Une « culture constructive locale » (CCL) est le résultat de l'adaptation d'une communauté à son contexte climatique, social, économique et environnemental. Il y a autant de CCL que de communautés et elles sont en constante évolution, selon les modes de vie et les contextes. Une approche de projet de construction ou de reconstruction basée sur la CCL ne doit pas être vue comme un regard nostalgique du passé. Il s'agit de considérer les capacités et les intelligences locales existantes depuis des siècles et de les percevoir comme une base solide pour les projets de construction.

Constitution de l'équipement de base

Cette étape comporte l'achat ou la construction des meubles et l'achat du matériel médical non consommable (réutilisable). Comme pour la construction ou les travaux du bâtiment, un matériel local doit être privilégié et augmente l'intégration et la confiance de la population envers le centre de santé.

Les importations sont recommandées lorsque l'équipement est inexistant sur place ou de mauvaise qualité. Il doit être approprié aux conditions environnementales (par exemple, l'utilisation d'appareils électriques se fait seulement si le réseau local est stable ou si un relais par un générateur rempli d'essence est disponible 24 heures sur 24) et les techniques ayant fait leurs preuves doivent être promues. Pour tout matériel, il faut veiller à la possibilité d'une maintenance sur place. Etant donné l'utilisation de certains équipements sur le corps humain, la sécurité est primordiale (sécurité électrique, risque d'incendie ou de brûlure et sécurité liée à l'usage de fluides médicaux).

Le kit médical de base

L'*annexe 4.4* montre le matériel de base non consommable recommandé sur la base d'un PMA « standard » (voir *chapitre 3, Définition du catalogue des prestations du centre de santé*). Il s'agit d'une liste non exhaustive à compléter selon les besoins ou les recommandations locales.

Le mobilier médical

L'*annexe 4.5* montre une proposition de mobilier minimal nécessaire selon le type de pièce. Il est à adapter en fonction des *besoins en soins*, de la taille, de l'agencement de la structure et bien sûr du PMA.

En complément, il est recommandé d'acheter une cocotte-minute ou un four (électrique ou à gaz) pour la stérilisation du matériel et un réfrigérateur (électrique ou à gaz) pour le stockage des produits de vaccination et certains médicaments. En fonction du budget et des besoins, une installation solaire et un véhicule pour les déplacements, et donc le transport de matériel, peuvent être envisagés (moto ou autres selon les systèmes de référence des patients).

Réhabiliter ou construire un centre de santé : les plans standard nationaux mis en débat

Deux expériences complémentaires de Nouvelle Planète au Sénégal et de To go to Togo au Togo.



Chaque pays édicte des normes et les standards d'infrastructure, d'équipement et de personnel pour les différents niveaux sanitaires. Si la validation par le ministère de la Santé est primordiale, il existe une marge de manœuvre pour que l'infrastructure réponde au mieux aux besoins réels de la communauté et, surtout, aux activités de soins qui seront prodiguées. Les expériences de deux ONG vaudoises en Afrique de l'Ouest rappellent l'importance de la réflexion autour de l'agencement et de l'équipement, car l'impact peut être important sur le rayonnement du centre et sa pérennité.

Les projets en bref

Nouvelle Planète appuie sur le long terme des communautés rurales dans des régions reculées. Elle a déjà soutenu la réhabilitation d'une vingtaine d'infrastructures de santé vétustes au Sénégal, au Cameroun, au Burkina Faso et en Inde. Au centre du Sénégal, l'association a appuyé pendant plusieurs années les cases de santé communautaires⁶⁵ des villages de la commune de Ndindy (20 000 habitants). En 2016, la construction complémentaire d'un nouveau poste de santé⁶⁶ a permis de diversifier l'offre sanitaire du district. To go to Togo soutient depuis deux décennies des actions communautaires du village de Kpélé Elé dans le sud-ouest montagneux du Togo. L'ONG a appuyé le centre de santé public qui couvre une zone d'un peu plus de 10 000 habitants, par la construction d'une maternité en 2001, d'une structure d'accueil pour les familles des patients en 2006 et par la réhabilitation de l'infirmerie en 2008. La modernisation et la nouvelle capacité d'accueil du centre de santé lui ont valu le statut de centre médicosocial⁶⁷.

Points clés

Le sur- ou le sous-équipement d'une structure de santé rurale a affecté tout le réseau

Dans la commune de Ndindy, les cases de santé communautaires mieux équipées et surfréquentées par rapport au poste de santé vétuste et délaissé ont fragilisé l'offre de soins. Nouvelle Planète a alors réalisé un diagnostic et une

cartographie des différentes structures à l'échelle du district sanitaire qui ont conduit à la reconstruction d'un poste de santé adapté. L'ONG envisage désormais cette analyse dans tous ses projets de santé.

Un agencement optimisé des bâtiments selon le flux des patients et les besoins des familles accompagnantes

Les deux associations n'ont pas utilisé de plan architectural standard pour leurs différents projets. Leurs expériences ont montré que, lors d'une réhabilitation ou la construction d'un centre de santé, il s'est avéré essentiel de tenir compte des

aspects parfois négligés que sont le flux des patients et l'agencement d'espaces permettant le maintien de la confidentialité. Par exemple, il peut être délicat de se rendre à une consultation de planning familial si l'entrée séparée est affublée

65. Au Sénégal, les cases de santé communautaires sont gérées par un comité villageois de santé et emploient un agent de santé communautaire et une matrone traditionnelle.

66. Le poste de santé est un centre de santé primaire du niveau supérieur aux cases de santé et emploie un infirmier chef et une sage-femme.

67. Au Togo, le centre médicosocial est une structure de premier recours agréée par l'État.

Les cases de santé communautaires mieux équipées et surfréquentées par rapport au poste de santé vétuste et délaissé ont fragilisé l'offre de soins.

d'une grosse pancarte. On a préféré, dans ce cas, une entrée commune avec un accueil qui redirige les patients vers les différentes zones. Lorsque le nombre d'ac-

Un équipement médical le plus adapté possible

Le Togo a une présence marquée de centres de santé privés à vocation lucrative. S'ils sont mieux équipés, ils délaissent les prestations de soins préventifs ou la prise en charge des personnes indigentes. Il a donc été essentiel de pouvoir proposer « des prestations dignes » et des soins de proximité plus complets aux populations à faible revenu.

Le centre de santé public de Kpélé-Elé a été équipé d'une échographie et d'un automate d'hématologies pour élargir les capacités du laboratoire déjà existant. L'échographie a ainsi permis, par exemple, de prévenir les futures mères qui attendent des jumeaux à être mieux préparées et de commencer plus rapidement les discussions de planning familial. Le matériel a été acheté à la capitale pour faciliter l'entretien, l'option du matériel de deuxième main venu d'Europe a été écartée en raison de pièces de rechange plus difficiles à obtenir et de spécialistes pour l'entretien plus rares. De plus, le

couchements a été élevé (accouchements quotidiens), on a privilégié un bâtiment séparé pour la maternité, pour une plus grande tranquillité des parturientes et des nouveau-nés et la possibilité d'adapter la taille des locaux à l'évolution des besoins dans le temps. Une attention particulière aux besoins des familles accompagnantes dans le choix d'agencement s'est avéré nécessaire : une infrastructure spécifique leur a été consacrée si les accompagnants dorment sur place, cuisinent et lavent le linge de leur parent malade.

personnel togolais est formé sur des appareils précis, cadre qu'il a été préférable de respecter.

Pour Nouvelle Planète, la maintenance des équipements a été une question épineuse. Étant à la charge de la communauté pour les cases de santé, les équipements à ce niveau ont dû être simples et répondre à minima aux standards du pays.

Les associations ont financé ce matériel de deux façons différentes. Nouvelle Planète a réinvesti les fonds affectés à la structure sur le moyen terme ou les fonds générés par la structure (prix des consultations ou mise en place d'une activité génératrice de revenu externe). Le comité de santé de Kpélé-Elé a, quant à lui, mis en place une société de location de chaises, de bâches, de matériel sono et de couverts, loués pour des festivités ou des funérailles et, en parallèle, a mis en place une microassurance maladie, afin de maintenir les soins de base à des prix accessibles.

“Auparavant, je me rendais à Diourbel pour me faire soigner, malgré mes faibles moyens, car les conditions de prise en charge étaient de piètre qualité localement. J’avais peur que ma maladie s’aggrave en me rendant au poste de santé de Ndindy. Désormais, la situation est tout autre. Ndindy dispose d’un poste de santé de qualité inégalée en milieu rural.”

Saliou Sene, un patient du poste de santé (2016)

Quels enseignements ?

Une liste d’équipement essentiels

Les deux associations, qui assurent des suivis réguliers de leurs anciens projets, ont pu dresser la liste d’un équipement « essentiel » contribuant (en plus du facteur « humain ») au bon fonctionnement des centres de santé pendant des années après retrait du soutien :

Equipements logistiques

- un système photovoltaïque permettant d’avoir de l’éclairage pour un accueil 24 heures sur 24
- un système de transport pour l’évacuation rattaché aux cases de santé, même s’il s’agit d’une charrette avec un cheval (voir Fiche D : *Faciliter les interactions entre les structures de santé pour optimiser la prise en charge des patients*)
- un espace spécifique aux besoins des familles accompagnatrices : si elles sont à l’aise, la confiance sera d’autant plus facilement gagnée
- un logement pour un infirmier chef de poste ou une sage-femme

s’ils n’habitent pas à proximité du centre de santé

Infrastructures

- un accès à l’eau autonome dans le périmètre de l’infrastructure
- un chlorinateur pour assurer la potabilité de l’eau
- la présence systématique d’un incinérateur pour les déchets médicaux, même pour une case de santé communautaire
- des latrines séparées pour les patients/femmes enceintes/visiteurs
- un chauffe-eau solaire s’il y a des accouchements

(voir Fiche J : De la réalisation d’ouvrages à la mise en place de services d’eau, d’assainissement et d’hygiène fiables et durables dans les centres de santé)

Equipement médical

- une pharmacie dotée du premier stock de médicaments
- un petit laboratoire pour les analyses courantes
- un système de lavage des mains pour le personnel

Les deux associations ont relevé l'importance de dialoguer avec l'ensemble des acteurs (personnel soignant, représentants de la communauté et autorités de la santé publique) sur les plans et sur les normes nationales en matière de construction et d'agencement. Par des

propositions constructives, les plans de nouvelles infrastructures ont pu être modifiés et améliorés, voire ont contribué par la suite à la modification des normes étatiques (par exemple sur les dimensions minimales et le nombre de pièces par genre d'infrastructure).

POUR ALLER PLUS LOIN



Références et liens

- Les législations nationales en matière de santé du pays, exemple du Bénin http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Benin/benin_pnds_2009-2018_last_year_version_-_fr.pdf
- Comment mener à bien la construction de bâtiment à l'échelle d'un microprojet de développement à l'international. Guide méthodologique 03, 2015. Agence Micro Projets : <https://www.alcid.org/images/guide-amp-03-construction.pdf>



Contact

- Xavier Mühletahler, Nouvelle Planète x.muehlethaler@nouvelle-planete.ch
- François Baechler, To go to Togo francois.baechler@togotogo.ch

- ▶ Il est indiqué d'analyser l'état de l'ensemble des infrastructures sanitaires de la région (aux différents échelons de la pyramide sanitaire) avant de se lancer dans la réhabilitation/construction d'un centre de santé primaire.
- ▶ Les validations du choix des modèles d'agencement et d'équipement par un responsable aux niveaux gouvernemental et local et par la communauté sont des étapes importantes.
- ▶ Les besoins des accompagnateurs des patients doivent être pris en compte.
- ▶ Le personnel soignant doit idéalement loger à proximité du centre de santé et la prise en charge de son logement et de celui de sa famille doit être définie.
- ▶ Un moyen d'évacuation vers l'échelon supérieur de la pyramide sanitaire doit être étudié.



Pharmacie et tests diagnostiques complémentaires

La constitution, l'entretien et la gestion de la pharmacie ainsi que la sélection de quelques examens complémentaires simples sont une étape difficile. La détention et la vente de médicaments impliquent plusieurs démarches légales, administratives, logistiques, de sécurité et financières complexes. Nous allons tenter, dans ce qui suit, d'offrir des recommandations larges, comme base de réflexion.

Constituer la pharmacie

Une liste de l'ensemble des médicaments nécessaires dans le centre est dressée. Trois possibilités sont envisageables lorsqu'on ouvre un nouveau centre :

- une utilisation des listes édictées et recommandées par le système de santé publique (si existantes) ;
- l'utilisation des listes des médicaments essentiels de l'OMS (*annexes 4.6 et 4.7*) ;
- la constitution d'une liste personnelle de médicaments essentiels pour la pratique médicale générale communautaire en région rurale.

On distingue deux sortes d'approvisionnement pour le matériel et les médicaments :

- par des canaux privés (entreprises spécialisées dans la vente aux centres de santé)
- par des canaux publics (matériel commandé par l'État via le ministère de la Santé)

L'approvisionnement par des entreprises privées peut être une solution de facilité, mais ne garantit pas une meilleure qualité, et les coûts sont généralement plus élevés. Le canal d'approvisionnement public est à privilégier, à condition que l'approvisionnement puisse être stable et régulier dans le temps. Ce mode d'approvisionnement permet d'utiliser un matériel et des médicaments approuvés par l'État, ayant théoriquement bénéficié de contrôles de qualité, et étant adaptés aux pratiques et aux habitudes des soignants. Dans les régions enclavées, les pénuries de matériel et de médicaments et les défauts d'acheminement font que certains centres de santé privés s'orientent vers des fournisseurs extraétatiques ou mettent en place un approvisionnement mixte. Les structures publiques sont généralement dépendantes de la présence – ou de l'absence – de matériel et de médicaments fournis par l'État.

Une préférence pour les formes génériques moins chères, si elles sont disponibles, est la règle, à

Le canal d'approvisionnement public est à privilégier, à condition que l'approvisionnement puisse être stable et régulier dans le temps.

condition de s'assurer de la fiabilité du laboratoire de fabrication, des bonnes conditions de stockage et de l'acheminement. Une étude récente de l'OMS a en effet révélé que 10% des médicaments vendus dans les pays à faible ou moyen revenu sont de qualité inférieure ou falsifiés⁶⁸. Pour certaines thérapies (antimalariques, antibiotiques) et dans certains pays, notamment en Afrique ou en Asie du Sud-Est, ces chiffres peuvent monter à 20%, voire à 50% des substances vendues sur le marché^{69, 70, 71}. Comme pour le mobilier et le matériel non consommable, il faut privilégier au mieux l'approvisionnement local, public, tout en s'assurant de la meilleure qualité de fabrication, de stockage et d'acheminement (notamment sans rupture de la chaîne du froid, vérifiable grâce à des témoins du respect de la chaîne du froid, dont plusieurs systèmes existent).

Qu'il s'agisse du matériel non consommable ou de la pharmacie, les dons d'items non utilisés habituellement dans le centre de santé sont délétères pour le fonctionnement du centre, car il peut s'agir de matériel non compatible avec certains appareils locaux ou inutilisable par les équipes locales par manque de connaissances ou par pratiques différentes. La création de nouveaux besoins par les dons est également néfaste (si ces derniers ne sont pas systématiques et de longue durée). De plus, l'importation de substances, de médicaments ou de matériel consommable (compresses, etc.) périmés est absolument honteuse et ne répond pas aux valeurs d'équité et de bienveillance auxquelles une association à but humanitaire s'engage.

Gestion des stocks de la pharmacie

Une réserve minimale de chacun des produits est prévue pour une durée de trois mois de consommation (*stock tampon*) pour éviter les ruptures de stock. Il faut également tenir compte des délais de livraison pour calculer la commande de médicaments et de matériel, une fois la pharmacie fonctionnelle (exemple : commande = (consommation de trois mois + consommation durant le délai de livraison + stock tampon) – stock de l'inventaire physique). La constitution d'un stock pour une durée d'environ six mois au moment de l'ouverture (trois mois de *stock tampon* et trois mois de consommation) coûte, selon les expériences et les pays, entre 800 et 1200 euros^{72, 73}.

Les commandes peuvent ensuite être regroupées tous les trois mois avec, parfois, des commandes intermédiaires surtout dans les premiers mois de fonctionnement, afin d'ajuster les stocks en fonction de la consommation réelle.

68. OMS (2017). A study on the public health and socioeconomic impact of substandard and falsified medical products.

69. OMS (2017). Global Surveillance and Monitoring System for substandard and falsified medical products.

70. Toumi A (2009).

71. Dondorp AM, Newton PN, et al. (2004).

72. Desplats D, Razakarison C (2011).

73. Expérience du centre médical Fiadanatsoa à Madagascar.

Organiser la pharmacie

Pour la vente et la distribution des substances, il est recommandé d'avoir une *pharmacie de détail* dans la salle de consultation ou dans la salle accueillant les patients.

Le stockage de plus grandes quantités se situe dans une salle de stockage supplémentaire (ou *pharmacie centrale*) verrouillée. Ce second local doit être bien ventilé, rester à une température entre 25° C et 30° C (dépendant des produits et des fabricants et dans certaines régions, comme 25° C est souvent difficile à atteindre sans climatisation, on parle en général de < 30° C) et à l'abri de la lumière, de l'humidité, des insectes ou des rongeurs. Tout produit est systématiquement étiqueté et rangé en séparant les oraux, suppositoires, médicaments topiques (crèmes et gouttes) et les injectables ainsi que le matériel. Les médicaments dont les dates de péremption sont les plus proches sont placés devant et utilisés en premier.

Les produits périmés sont détruits. Pour des raisons sanitaires et écologiques, il est essentiel de se renseigner sur les modalités de destruction optimale de chaque substance avant élimination. Pour les vaccins, quelques médicaments (ocytocine, etc.) et quelques tests de laboratoire, on veille à la qualité de la chaîne du froid et au contrôle régulier de la température du réfrigérateur avec un relevé écrit deux fois par jour. Pour la conservation des médicaments injectables entamés, nous recommandons l'utilisation de la liste constituée par *MSF Suisse* selon son expérience de terrain, en *annexe 4.8*.

Un inventaire physique de la pharmacie devrait être fait tous les trois à six mois. Des outils de gestion des *pharmacies de détail* et *centrale* par des fiches de stock et de consommation mensuelle pour chaque substance sont utilisés. L'*annexe 4.9* en offre des exemples.

Une trousse d'urgence est constituée, disponible en permanence et située dans un endroit accessible. L'intégrité du kit doit être contrôlée au minimum une fois par semaine et les dates de péremption tous les mois. Les produits sont remplacés immédiatement après utilisation, sans attendre. Il est recommandé d'établir une liste propre de médicaments d'urgence avec leur dosage en fonction de la pratique des soignants. La liste en *annexe 4.10* utilisée, par exemple dans la pratique à Madagascar, peut servir de canevas de départ.

Utiliser la pharmacie

En Afrique subsaharienne, la vente en pharmacie se fait majoritairement à l'unité. Nous recommandons de prévoir les *prix* des médicaments au plus proche des moyens financiers des patients, mais de couvrir les *coûts* engendrés par l'acheminement et le stockage des substances (voir *chapitre 3, Anticipation des besoins en soins, du taux d'activité et du revenu attendu*). Il faut veiller à ne pas être trop bon marché par rapport aux marchés locaux. Cette démarche prévient les litiges avec les commerçants de la région qui accuseraient le

centre de concurrence déloyale. En règle générale, une marge de 20% prise par rapport au *coût* à l'achat est réalisée et permet de rembourser les frais et le temps nécessaire pour la gestion du stock de la pharmacie. Cette marge est à régler par la suite selon l'évolution des *coûts*, des *prix* dans la région et de la fréquentation de la structure.

La vente de médicaments sans ordonnance représente un problème de santé publique dans les pays à faible revenu.

La vente de médicaments sans ordonnance représente un problème de santé publique dans les pays à faible revenu. En effet, bien que les antibiotiques, les antiparasitaires ou certains psychotropes soient légalement soumis à des prescriptions, la vente sauvage de ces substances dans les villages, souvent en dehors des dépôts de médicaments, est chose courante. Sans compter l'impact sur la création de résistances microbiennes, ces substances vendues sans ordonnance peuvent représenter un danger s'ils sont contre-indiqués, sur-(ou sous-) dosés ou inefficaces sur le mal dont souffre le patient. La vente sans ordonnance est donc proscrite pour des raisons éthiques et de santé publique. Les recommandations sont les mêmes pour les demandes de médicaments pour un usage vétérinaire, chose courante en région rurale.

Tout cela peut représenter un énorme dilemme pour le médecin pratiquant ou supervisant le centre de santé, car une partie du revenu de l'équipe et du centre dépend certes des consultations mais aussi de la marge prise sur les substances de la pharmacie. Certaines croyances entretiennent parfois la notion qu'un bon médecin est un soignant qui prescrit de nombreux médicaments pour guérir son malade et, surtout, des antibiotiques. Face à ces risques de surprescription, il est important de sensibiliser l'équipe soignante régulièrement aux risques pour les patients et à l'impact négatif sur le renforcement des résistances microbiennes qui, aujourd'hui, représentent, selon l'OMS, « l'une des plus graves menaces pesant sur la santé mondiale, la sécurité alimentaire et le développement »⁷⁴.

Examens complémentaires

Il est utile de pouvoir faire quelques examens complémentaires dans la pratique des soins. Sans besoin d'un laboratoire équipé d'un matériel coûteux et sophistiqué, de nombreux tests dits « rapides » existent et sont toujours plus utilisés en Afrique. Cette catégorie d'examens peut se scinder en deux types :

- les tests diagnostiques spécifiques à des infections
- les tests de mesure de valeurs cliniques (sanguine ou urinaire)

74. OMS (2015). Analyse mondiale de la situation dans les pays : Réponse à la résistance aux antimicrobiens.

En ce qui concerne les tests pour agents infectieux, une quantité toujours plus importante de méthodes de dépistage sont mises sur le marché. Dans les dizaines de pathologies décelables de cette façon, seuls le Test Diagnostique Rapide (TDR) du paludisme et le test VIH sont indispensables dans les régions endémiques pour la malaria et dans les pays à forte prévalence VIH. Ces deux examens sont d'ailleurs fournis gratuitement par certains services de santé publique. Le reste doit être à disposition et à utiliser selon les disponibilités, les aspects financiers, la fiabilité des tests et la prévalence des pathologies régionales (par exemple, la sérologie de l'hépatite B, le test rapide de la dengue, etc.).

En ce qui concerne les tests de mesure de valeurs cliniques, ils sont également multiples et nous pouvons recommander les plus utiles dans la clinique, les moins coûteux, les plus fiables et les plus simples d'utilisation, soit :

- un glucomètre avec bandelettes sanguines
- un HemoCue ou un autre système de dosage de l'hémoglobine
- des bandelettes de dépistage urinaire (les réactifs doivent contenir au moins les nitrites, les leucocytes, le sang, le glucose, les protéines et les cétones)
- des tests de grossesse urinaires

Il est bien sûr important de toujours se renseigner sur la fiabilité des tests avant leur utilisation, car, comme pour les substances de la pharmacie, les fournisseurs et les producteurs ne sont pas tous fiables (conditions de fabrication et de stockage).

Depuis la mise sur le marché des tests rapides pour l'aide au diagnostic de nombreuses pathologies, la mise en place d'un laboratoire comprenant microscope, réactifs et expertise spécifique n'est plus essentielle pour une prise en charge des pathologies courantes des centres de santé de premier échelon. Les aspects logistiques sont délicats en région rurale (approvisionnement, respect des normes, entretien des appareils, etc.), tout comme la supervision ciblée, lesquels engendrent des coûts vraisemblablement peu en lien avec les bénéfices escomptés pour la précision du diagnostic et la bonne prise en charge des patients.

L'OMS a récemment publié une première édition des « examens diagnostics essentiels » (« Essential In Vitro Diagnostics ») que nous mettons à disposition en *annexe 4.11* pour faciliter les réflexions sur le choix des examens complémentaires.

Restructuration des pharmacies : vers la pérennité des centres de santé ruraux

L'expérience de Pharmaciens sans
Frontières Suisse à Madagascar



L'accès aux médicaments et autres produits médicaux de qualité demeure gravement insuffisant dans de nombreuses régions. Les populations font face à une prolifération de médicaments de qualité inférieure ou falsifiés. Cette situation menace sérieusement la vie de ces populations et crée une inégalité en matière de droit à la santé. L'action de Pharmaciens sans Frontières Suisse permet d'améliorer l'accès à des soins de qualité et de renforcer l'autonomie des centres de santé, grâce à une bonne gestion des médicaments. Le respect de l'éthique concernant le médicament reste un défi de taille.

Le projet en bref

Pharmaciens sans Frontières Suisse est une organisation non gouvernementale fondée en 1992. Sa philosophie se base sur la déontologie concernant les médicaments : garantir des médicaments essentiels de qualité et promouvoir l'usage rationnel des médicaments. L'ONG œuvre en Afrique dans des régions éloignées du système de santé. Actuellement, elle soutient trois centres de santé à Madagascar ainsi que deux centres en Tanzanie. A Madagascar, la crise politique de 2009 a eu des répercussions problématiques sur les systèmes de santé et éducatif du pays : soins coûteux, vaccination de routine inaccessible, faible taux de professionnels formés (*source : Unicef*). Pharmaciens sans Frontières Suisse appuie depuis 2006 les sœurs de Saint-Maurice dans le centre de santé de base de niveau 2 d'Aina Vao, au nord-ouest de l'île, sur quatre axes : l'amélioration de l'accessibilité aux médicaments de qualité pour la population locale ; la formation universitaire pour les étudiants en pharmacie ; le contrôle de la qualité des médicaments et le développement de formations pour renforcer les compétences pharmaceutiques du personnel local. En dix ans, le centre de santé d'Aina Vao est devenu un centre de référence quasiment autonome dans la région. Le nombre de consultations a quasiment doublé, passant à plus de 60 000 consultations annuelles. Le succès de ce projet a permis de démultiplier l'appui à deux autres centres de santé (Mahasoa et Fanantenana), tout en gardant à Aina Vao le volet de formation du personnel local.

Points clés

Le long chemin du renforcement des pharmacies des centres de santé

Les parrainages des centres de santé par des pharmaciens volontaires qui se rendent régulièrement sur place ont permis la mise en place d'une pharmacie, l'organisation de circuits pharmaceutiques autonomes grâce à la formation du personnel local à pouvoir effectuer des commandes et à gérer le stock de médicaments de façon autonome, et la promotion de l'usage rationnel des médicaments.

L'évolution du centre de santé d'Aina Vao vers un centre de santé de référence a été le fruit d'un travail de longue haleine.

En voici les neuf grandes étapes :


- 1 L'aménagement du local de pharmacie : les expériences de Pharmaciens sans Frontières Suisse ont montré l'importance d'un local climatisé et sans fenêtre, sans négliger son agencement et son système de rangement par ordre alphabétique et par principe actif pour une bonne mise en place du stock de médicaments (pour plus de détails, voir *Annexe I.1 en ligne*).
- 2 La fidélisation du personnel de la pharmacie par le financement d'un salaire adéquat s'est révélée incontournable dans la mise en place de bonnes

pratiques pérennes, de contrôle de la température, du remplissage des étagères, du nettoyage et de l'organisation du système de paiement des médicaments.

- 3 L'élimination des médicaments non utilisés, qui est réalisée sur place par la chaleur, au moyen d'un incinérateur, (*voir Annexes 4.17-4.18 et J.5 en ligne sur les incinérateurs dans les centres de santé*).
- 4 L'introduction des médicaments essentiels génériques: la mise en place d'une filière locale pérenne d'approvisionnement auprès d'un fournisseur de confiance agréé par l'État et audité pour la qualité des médicaments est un facteur clé. Le choix des médicaments essentiels génériques a été réalisé selon les listes nationales des médicaments essentiels génériques ainsi que les listes modèles de l'OMS et de Médecins sans Frontières (*voir Annexes 4.6 et 4.7 en ligne*).
- 5 L'optimisation de la gestion du stock de médicaments par la mise en place d'un système informatique, qui a permis une importante réduction des coûts et des pertes et a contribué à l'autofinancement de la pharmacie.
- 6 L'introduction d'un système d'achat des médicaments basé sur la situation sociale des patients: une caisse commune a été mise en place pour les personnes en précarité. C'est une assistance sociale malgache qui décide si la prise en charge est justifiée ou non. Le fonds de la

caisse est défini chaque année par Pharmaciens sans Frontières Suisse en fonction des dons et de l'argent disponible.

- 7 L'aménagement d'un local pour les préparations magistrales: des formations et l'établissement de règles de base pour ces préparations ont été établies (étiquetage avec principes actifs, dates de péremption, numéro de lot, check-list des bonnes pratiques de fabrication (*voir Annexe 1.2 en ligne*)).
- 8 L'établissement des bonnes pratiques de dispensation des médicaments a été réalisée via les différentes formations. Celles-ci ont permis la vérification de la posologie, l'indication, le dosage, la remise de la quantité adéquate.
- 9 La formation continue du personnel de la pharmacie et des médecins à la prescription dans un but d'usage rationnel du médicament, par l'analyse régulière des ordonnances prescrites dans le centre de santé.



L'évolution du centre de santé d'Aina Vao vers un centre de santé de référence a été le fruit d'un travail de longue haleine.

Quels enseignements ?

Des formations spécifiques en pharmacie pour le personnel des centres de santé

Le transfert de connaissances et de savoir-faire pharmaceutiques a été la pierre angulaire du succès de ce projet. Les formations ont été dispensées sur place dans les pharmacies des centres de santé par un pharmacien en deux sessions hebdomadaires : une à l'ensemble du personnel soignant local (médecins, sages-femmes, infirmiers, etc.) et l'autre

au personnel de la pharmacie. Les thèmes des formations ont été organisés en fonction de la demande et des besoins spécifiques du personnel. Par exemple, en lien avec le diabète, les maladies cardiovasculaires ou liées à la prévention, promotion de la santé et l'hygiène. Les formations se sont également basées sur l'analyse des prescriptions des médecins.

La gestion des stocks de médicaments au cœur de la gestion du centre de santé

L'introduction du logiciel informatique PharmaSoft pour une meilleure gestion des stocks a nécessité l'intervention d'un informaticien suisse, qui a ajouté une fonction de scan des codes-barres des médicaments. Ainsi, la sortie de stock est dorénavant automatique, alors que, auparavant, elle se faisait par l'inventaire chaque six mois. Il s'est avéré difficile de sensibiliser le personnel local à l'usage de cet outil informatique. L'automatisation de stock reste un défi, car la vente de médicaments se fait régulièrement par

unité et non par emballage dans ces régions. La mise en place de ce système a donc pris du temps et il a fallu accepter certaines erreurs de stock.

La difficulté à s'approvisionner localement en matériel de laboratoire et en certains principes actifs pour produire les préparations magistrales a nécessité d'en acheminer depuis la Suisse par le biais du pharmacien formateur. L'achat sur place est néanmoins à privilégier dans la mesure du possible.

“ Au début, la pharmacie, c'était une épicerie. Les médicaments étaient entassés dans un petit local et dispensés par des personnes qui n'avaient aucune connaissance de ce domaine. Grâce au soutien de Pharmaciens sans Frontières Suisse, les activités n'ont cessé de se développer. Aujourd'hui, l'accès aux soins de qualité est possible à toute personne se présentant au dispensaire. Le personnel est formé et Aina Vao est devenu le centre de référence de la région avec un objectif qui est resté toujours le même : « Partager, accueillir, servir la vie ! » ”

Sœur Marie-Rose, directrice du dispensaire Aina Vao et qui s'engage depuis vingt ans au dispensaire

Un plaidoyer vers l'usage rationnel des médicaments

La sensibilisation de la population à l'usage abusif, excessif et inadéquat des médicaments est un défi quotidien. La première étape a été la sensibilisation du personnel local des centres de santé, en privilégiant l'utilisation des médicaments

essentiels génériques et en analysant les prescriptions des médecins. Toutefois, Pharmaciens sans Frontières Suisse n'a pas encore pu organiser de campagne de prévention à proprement parler.

POUR ALLER PLUS LOIN



Références et liens

- OMS, 1999 : Principes directeurs applicables aux dons de médicaments. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip53f/whozip53f.pdf>

Déclaration de la Conférence internationale sur l'accès aux médicaments et autres produits médicaux de qualité en Afrique francophone, Genève, 2018. https://www.francophonie.org/IMG/pdf/declaration_geneve_acces_medicaments.pdf

OMS, usage rationnel des médicaments essentiels : http://www.who.int/medicines/technical_briefing/tbs/rationaluse_rdg_prs/fr/



Contact :

D^r Nicole Gallina,
coordinatrice
PSF-CH,
info@psf.ch,
<http://www.psf.ch>

- ▶ La bonne gestion de la pharmacie et de l'usage des médicaments est un élément essentiel dans l'accès à des soins de qualité en zone rurale.
- ▶ L'élimination des médicaments non utilisés (MNU) est importante pour lutter contre un commerce de médicaments non régulé et potentiellement dangereux.
- ▶ Des formations spécifiques dispensées par des pharmaciens sont indispensables.
- ▶ La mise en place d'un usage rationnel de médicaments essentiels de qualité est souvent un aspect important qui est négligé. Elle garantit la délivrance de médicaments adaptés à chaque patient (en termes d'indication, de dosage, de posologie, etc.) et à un prix raisonnable. Elle permet également de lutter contre les problèmes de résistance engendrés par l'utilisation abusive d'antibiotiques, de limiter la prescription excessive de certains médicaments ou de certaines formes galéniques inadéquates et de diminuer le coût des soins.
- ▶ Une gestion informatisée du stock de médicaments est recommandée pour des structures sanitaires, dès l'échelon des centres de santé de base de niveau 2.



Hygiène, assainissement et gestion des déchets

L'hygiène est une part essentielle de la prise en charge dans le centre de santé et est le fondement d'une pratique de qualité. Malheureusement, elle peut être très vite négligée. Une bonne pratique de l'hygiène permet la prévention de la transmission de germes, l'amélioration de l'aspect de la structure aux yeux de la population et permet de rappeler à cette dernière qu'elle rentre dans un lieu particulier où elle doit respecter un certain comportement.

Hygiène des locaux

Dans certains protocoles nationaux africains⁷⁵, il est recommandé pour les locaux :

- **d'utiliser pour le revêtement intérieur une peinture étanche** aux liquides avec un soubassement de 1,50 mètre au minimum ;
- **de prévoir, dans la salle de soins, la salle d'accouchement, l'éventuel laboratoire et les sanitaires (douches et latrines), un revêtement mural** composé d'un carrelage en grès ou en faïence jusqu'à une hauteur de 1,80 mètre du sol, complété par une peinture étanche ;
- **que le revêtement de sol intérieur et extérieur (dégagement, terrasses) soit résistant aux sollicitations** dues au passage et au piétinement et/ou aux agressions chimiques. Il doit être facile à nettoyer et ne pas représenter de source d'accumulation de germes (terre battue, moquette, etc.)

Le nettoyage des locaux est accompli chaque jour, idéalement le matin, ou, en cas de souillure ou de salissure, durant l'activité du centre. Les surfaces (bureau, chaises, tables d'examen) sont nettoyées et désinfectées entre chaque patient, idéalement avec un produit détergent et désinfectant (comme le Surfanios, par exemple) ou, à défaut, nettoyés avec de l'eau et du savon, puis désinfectés avec une solution de chlore. Le nettoyage se fait toujours du plus propre au plus sale.

L'*annexe 4.12* offre un exemple de protocole de désinfection des sols et des surfaces qui peut être affiché par exemple sur les murs du local de rangement du matériel de nettoyage.

Une bonne pratique de l'hygiène permet de rappeler à la population qu'elle rentre dans un lieu particulier où elle doit respecter un certain comportement.

75. ministère de la Santé du Burkina Faso (2004).

Hygiène des mains

Les mains sont lavées avant chaque acte et entre chaque patient. Si des solutions ou des savons hydroalcooliques ne sont pas disponibles, le savon suffit, mais nécessite plus de temps pour une désinfection optimale. Des principes d'hygiène des mains et de désinfection doivent être affichés dans les lieux où les tâches de soins sont pratiquées.

L'*annexe 4.13* décrit les modes de désinfection des mains selon différents actes de soins. L'*annexe 4.14* illustre la séquence des gestes de désinfection préconisée par l'OMS.

Hygiène du matériel

Le traitement des instruments se fait selon trois phases :

- **nettoyage** par immersion totale dans de l'eau savonneuse
- **stérilisation** à chaud par vapeur ou au four
- **stockage** dans une boîte stérile et hermétique

Les deux premières phases sont détaillées dans les *annexes 4.15* et *4.16*.

Gérer les déchets

De multiples infections peuvent être transmises par l'utilisation d'aiguilles souillées. Les soignants ne peuvent donc pas se servir de matériel réutilisable pour les injections ou les perfusions. Cet équipement jetable entraîne une accumulation de matériel usagé dont la gestion par le centre est primordiale pour la santé et la sécurité.

Le centre de santé produit trois types de déchets :

- **Courants** : sont jetés dans une poubelle habituelle ou standard (de couleur grise par exemple).
- **Contaminés non tranchants** (compresses, pansements, etc.) : sont à jeter dans une poubelle séparée (de couleur rouge, par exemple).
- **Déchets tranchants** (aiguilles, lames, aiguilles à suturer) sont systématiquement jetés dans un conteneur spécial rigide ou une bouteille en plastique (de couleur jaune, par exemple).

De multiples infections peuvent être transmises par l'utilisation d'aiguilles souillées.

Toute manipulation de ces trois poubelles doit se faire systématiquement avec des gants de protection épais (de chantier, par exemple). Les conteneurs à déchets tranchants sont scellés et remplacés lorsqu'ils sont pleins aux trois quarts et immédiatement placés dans l'incinérateur.

Encore aujourd'hui, la gestion des déchets médicaux en région rurale africaine s'effectue principalement par l'enfouissement dans de simples trous. Parfois, ces ordures sont brûlées auparavant à l'air libre. Malheureusement, cette technique ne permet pas une combustion complète, conduisant à des résidus abondants et à une destruction non assurée des micro-organismes contaminants. Ces habitudes doivent être évitées, car elles multiplient les sites de stockage dangereux. Elles sont également un fardeau pour l'environnement en raison du rejet d'abondantes fumées toxiques et de l'accumulation de déchets incomplètement réduits.

L'incinération à haute température est la méthode de choix pour la destruction des déchets si elle est réalisée dans des conditions adéquates d'équipement, de maintenance, de manipulation et de surveillance. Elle consiste à brûler les déchets à une température de combustion supérieure à 700° C et de les réduire en cendres pour diminuer leur volume et leur poids résiduel (à moins de 5%).

L'incinération doit assurer la destruction de l'ensemble des micro-organismes et réduit la toxicité des fumées. Le risque de blessure et de coupure à la manipulation des déchets est de plus fortement réduit. Les incinérateurs produits par l'industrie sont difficiles à obtenir en région rurale et coûtent cher. Nous proposons donc à l'équipe de mise en place de prévoir elle-même la construction s'il n'en existe pas dans la région. L'incinérateur peut être construit en briques ou, plus simplement, à partir d'un baril si la première solution est trop coûteuse⁷⁶.

L'*annexe 4.17* propose un schéma d'incinérateur en briques. L'*annexe 4.18* illustre, par des plans et des images, un incinérateur fabriqué à l'aide d'un baril.

Encore aujourd'hui, la gestion des déchets médicaux dans certaines régions rurales s'effectue par l'enfouissement dans de simples trous.

76. Bitá Fouda A, Mbous Job A, Guévert E (2002). Incinérateur de déchets médicaux à base de matériaux locaux. Développement et Santé, N° 161.

Autres aspects logistiques

La qualité des soins et la stabilité dans le temps du centre de santé dépendent d'autres services logistiques que sont l'approvisionnement en eau (test de qualité, de potabilité, durabilité des sources, etc.), l'approvisionnement en électricité (financement, installation, entretien) et l'assainissement (fosse septique et gestion des eaux usées). Ces différentes tâches sont effectuées par des personnes qualifiées dans le domaine de la logistique au moins jusqu'à l'ouverture et peuvent être reprises par la suite par le gestionnaire ou le logisticien de la structure selon les besoins (*voir chapitre 3, Les employés du centre de santé*).

Un aspect crucial pour les soins est celui du stockage de l'eau. L'eau fait partie des soins pour la désinfection des mains, mais également comme « médicament » lors de la nécessité d'administrer à un enfant déshydraté une solution de réhydratation orale. En absence d'alimentation en eau courante (de robinets), configuration la plus prévalente dans les structures de soins rurales, l'eau récoltée au point d'eau (puits, source) doit être stockée dans des contenants distincts. Les types d'eau « essentiels » pour les soins d'un centre de santé sont de deux sortes : de l'eau pour boire (après chloration ou autre traitement) et de l'eau pour le lavage des mains (eau propre, mais pas forcément potable). Un système doit être pensé pour stocker ces eaux, par exemple en les disposant dans deux bacs différents bien annotés et en renouvelant l'eau tous les jours.

De la réalisation d'ouvrages à la mise en place de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène fiables et durables dans les centres de santé

L'expérience de Terre des hommes au Mali



Comment s'assurer qu'un centre de santé dispose d'un accès sécurisé à l'eau, de bonnes pratiques d'hygiène, d'un système d'assainissement et de pratiques de gestion des déchets appropriés? Au-delà de la question des infrastructures, les aspects de renforcement des compétences des équipes et d'engagement des autorités locales, régionales et nationales ont été essentiels pour permettre un changement des comportements dans la prévention et le contrôle des infections.

Les projets en bref

Spécialisée dans l'aide à l'enfance, Terre des hommes (Tdh) intervient dans l'eau, l'assainissement et l'hygiène au sein de programmes de protection, de santé et de nutrition. Au Mali, dans la région de Ségou, Tdh a développé un projet en partenariat avec les Services techniques déconcentrés de l'hydraulique, de l'Assainissement et des Associations de santé communautaires (ASACO) pour améliorer l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène dans 33 centres de santé communautaires et deux centres de santé de référence, pour un bassin de population de 37 000 personnes.

Points clés

Un indispensable état des lieux

Tous les acteurs ont été impliqués dès l'état des lieux dans les centres de santé des services existants d'eau, d'assainissement et d'hygiène (« EAH ») ainsi qu'aux sessions de formation et aux activités de suivi et de supervision. Ces acteurs comprenaient le personnel soignant, le personnel d'entretien et les membres des ASACO en charge de la gestion administrative et financière des centres de santé communautaires. Intégrer les responsables des finances a permis de leur montrer l'importance de prévoir dans leur budget les frais de maintenance des équipements et les frais d'achat des consommables (savon, chlore, pièces de rechange, etc.). La présence du responsable du district (« hygiéniste ») a été une mesure clé pour renforcer la prise de conscience, par le personnel et les associations locales, de l'importance des services d'eau et d'assainissement. Sa présence lors de la réalisation de l'état des lieux a été initialement financée et organisée par Terre des hommes.

Cet état des lieux des services d'eau et d'assainissement existants et son suivi ont été faits via l'application « FACET » sur smartphone/tablette, développée, selon les indicateurs de l'OMS et de l'Unicef, par Tdh et Eawag⁷⁷. Les check-listes du manuel FACET permettent de faire un même état des lieux sans recours à l'informatique. En rendant la collecte de données structurée et conviviale, cet outil a permis de motiver le personnel et d'améliorer la qualité des informations. L'outil FACET s'est également avéré utile pour le plaidoyer : les éléments récoltés ont été transmis aux autorités sanitaires et municipales pour les motiver à s'impliquer dans le suivi des aspects d'eau, d'assainissement et d'hygiène des centres de santé. Les check-listes du manuel FACET ont permis, dans certaines situations, de faire un même état des lieux sans recours à l'informatique.

L'utilisation de nombreux supports visuels (affiches, posters et boîtes à images) lors des campagnes de sensibilisation et dans les modules de formation (gestion des déchets

77. *FACility Evaluation Tool* a été développé avec le soutien du *Joint Monitoring Programme* de l'OMS/Unicef.

médicaux, lavage des mains, traitement de l'eau, utilisation correcte des équipements), élaborés par Terre des hommes avec la Direction générale de l'hydraulique, a été adaptée à du personnel ayant des niveaux de formation très différents.

L'option de dispenser des formations décentralisées pour tout le personnel sur chaque lieu de travail s'est révélée bien plus adéquate qu'une formation centralisée regroupant un responsable de chaque centre de santé du district. Les modules pratiques sur leurs propres équipements ont permis aux participants de mieux s'approprier les gestes et les contenus des formations et d'assurer la participation de tous les acteurs. Les formations sur l'utilisation du matériel (par exemple, les incinérateurs ou les électrochlorateurs) effectués dès la livraison ont permis d'éviter la dégradation en raison d'une mauvaise utilisation.

Des solutions techniques ont été adaptées aux contextes des différents centres de santé afin de fournir une alimentation autonome et régulière en eau. Des électrochlorateurs ont pu assurer une production locale de chlore pour couvrir les besoins des centres de santé. Au-delà de la disponibilité du matériel et des consommables, le défi est resté humain : former de manière continue le personnel pour assurer les tests de maintenance, l'utilisation correcte et l'entretien du matériel (dispositifs de lavage des mains, latrines, incinérateurs, vidange des fosses septiques, etc.).

L'existence d'un dispositif de lavage des mains à proximité immédiate des lieux de soins et des latrines a été indispensable et les activités de sensibilisation ont dû assurer son utilisation correcte par le personnel et les patients par l'adoption de bons comportements.

Quels enseignements ?

Un personnel technique formé pour des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène

Les principales barrières à l'amélioration des conditions sanitaires ont été comportementales ou organisationnelles. Pour avoir un impact durable sur la santé, le projet ne s'est pas limité à la construction d'ouvrages, mais a mis sur pied un service, en impliquant les autorités municipales et sanitaires, pour identifier les besoins, planifier et mettre en œuvre les activités de construction, de formation et de sensibilisation. On a ainsi augmenté les chances d'utilisation et d'entretien des

infrastructures (par des formations régulières), de l'assurance d'un financement pour leur entretien (renforcement des associations gestionnaires) et de la mise en place d'une chaîne d'approvisionnement fiable pour les consommables.

Le rôle central des nettoyeurs et des nettoyeuses (gestion des déchets, entretien des équipements, etc.) a été constaté. Dorénavant, une rémunération adéquate de ces postes, souvent informels, sera assurée. Le personnel a été consulté et impliqué dans l'état des lieux et le suivi des services d'eau et d'assainissement, ce qui a permis de percevoir les démarches menées comme un processus d'apprentissage et non comme un contrôle externe et de,

“ Avec l’outil FACET, le fait de voir directement le niveau du service d’eau, d’assainissement et d’hygiène, offert par un établissement de soins de santé, crée une dynamique au sein du centre de santé et interpelle les décideurs locaux (membres des ASACO).

Aboubacar Ballo, coordinateur WASH, Tdh Mali

ainsi, augmenter l’impact des formations. Le personnel technique va ainsi bénéficier d’un cahier des charges précis et de temps consacré à ces aspects.

Lors de la conception des modules de formation, une attention a été portée à ce qu’ils puissent être facilement utilisés pour former le nouveau personnel (*turn over*) ainsi que les patients et les familles. Au moins deux personnes du centre ont été soutenues et appuyées dans ce sens pour assurer ce « rafraîchissement » au moins une fois par année.

” Les autorités ont été impliquées dans la validation des modules de formation, afin d’assurer une harmonisation entre les multiples acteurs impliqués et afin que le matériel puisse être réutilisé plus largement (par d’autres ONG, dans d’autres régions, etc.).

POUR ALLER PLUS LOIN



Références et liens

- OMS, « L’eau, l’assainissement et l’hygiène dans les établissements de soins », www.who.int/water_sanitation_health/facilities/healthcare/fr/
- Wash in Health Care Facilities, www.washinhcf.org
- FACET, Guide d’utilisation (en open source). D’autres outils de diagnostic plus spécialisés existent, par exemple WASH FIT de l’OMS et de Unicef.
- Annexe J.1: Tdh, Fiche technique ouvrage accès à l’eau
- Annexe J.2: Tdh, Fiche technique ouvrage WASH;
- Annexe J.3: Tdh, Fiche technique pompage solaire
- Annexe J.4: Tdh, Guide des bonnes pratiques d’hygiène et d’assainissement dans les structures de santé
- Annexe J.5: Tdh, Guide pratique de gestion des déchets biomédicaux



Contact

- John Brogan, conseiller WASH pour Tdh john.brogan@tdh.ch
- Mohamed Sarr, coordinateur WASH pour Tdh en Guinée mohamed.sarr@tdh.ch
- Aboubacar Ballo, coordinateur WASH pour Tdh au Mali aballo.tdhmali@gmail.com

- ▶ Tous les acteurs clés sont intégrés dès l’état des lieux.
- ▶ Un diagnostic des services d’eau, d’hygiène et d’assainissement existants est fait, un suivi est prévu et l’outil de suivi est défini.
- ▶ Les aspects de l’infrastructure, de la formation et de la sensibilisation dans le domaine de l’eau, de l’assainissement et de l’hygiène sont planifiées en parallèle.
- ▶ Des liens (accords, protocoles, conventions, etc.) sont établis avec les autorités régionales/ de district (par exemple hygiéniste de l’autorité sanitaire) pour renforcer leur implication dans l’approvisionnement du centre.
- ▶ Les collectivités locales et les associations communautaires sont sensibilisées à l’importance de la maintenance et les planifient dans leur budget et l’activité des centres de santé.



Outils informatiques pour l'aide au diagnostic clinique

Smartphones et tablettes deviennent accessibles en région rurale d'Afrique. Leur approvisionnement énergétique est possible par de petites installations solaires d'appoint. Leur configuration pour un appui au personnel de santé est à l'étude, voire largement implantée dans certains pays. Ils feront très probablement, à terme, partie du matériel de base de tout centre de santé.

L'OMS soutient cette transition technologique et insiste sur les avantages et la puissance que peut offrir l'outil informatique dans le renforcement d'un accès universel à la santé⁷⁸. La prudence reste néanmoins de mise, car, comme tout dispositif nouveau, la technologie informatique possède ses limites et ne résoudra pas l'ensemble des problèmes inhérents aux structures de soins.


Il existe plusieurs utilisations de l'informatique dans la santé :

- L'informatisation des données des patients dans un système mis en réseau
- La télémédecine : réalisation de consultations à distance par téléphone ou écran interposés, avec avis possible de spécialistes
- L'utilisation de tablettes ou de smartphones en tant qu'outils d'aide pour le diagnostic et le traitement lors de consultations médicales ou infirmières. La dénomination la plus utilisée dans la littérature de cette technique est *mHealth* pour mobile Health ou «santé mobile »

Les deux premiers points concernent principalement les pays à revenus élevés. Certaines ONG (MSF) ont néanmoins commencé à utiliser la télémédecine dans les zones rurales d'Afrique, mais plutôt dans les hôpitaux de niveaux supérieurs. La *mHealth*, elle, se développe mondialement.

La plupart des expériences de *mHealth* utilisent des applications mobiles sur tablettes sous forme d'algorithmes décisionnels guidant le soignant dans les étapes de prise en charge du patient. Le thérapeute complète une série de questions sur l'anamnèse, le statut clinique et les résultats des examens complémentaires effectués (s'il y en a). Certaines applications intègrent même les paramètres vitaux (pouls, saturation en oxygène dans le sang, etc.). Une fois ces données saisies, l'application propose un diagnostic et une prise en charge. En parallèle de cette fonction « clinique », la

78. OMS (2015). Atlas of eHealth country profiles.



La protection et la sécurité des données des patients sont un point crucial.

compilation informatique des données recueillies peut être utilisée dans la constitution de registres statistiques (pour la recherche, par exemple) et l'étude facilitée de certains indicateurs de santé (sous couvert de la mise en place d'un système d'anonymisation/de codage des données des patients). Certaines applications reposent sur des protocoles de prise en charge existants de longue date et adaptés au format papier, d'autres sur des algorithmes et des protocoles de prise en charge conçus *de novo* pour tablettes et faisant souvent l'objet de recherches cliniques parallèles⁷⁹. Ces innovations ont stimulé l'émergence d'ONG spécialisées comme l'association eHealth Africa⁸⁰.

Comme tout nouvel outil, la *mHealth* possède de puissants avantages, mais aussi certaines limites. L'instauration de ces techniques se doit donc d'être bien réfléchie et tous les points critiques – du financement à l'implantation, en passant par l'approvisionnement électrique, la formation à l'utilisation ou la maintenance – doivent être abordés et assurés. Le point crucial de la protection et de la sécurité des données des patients est particulièrement critique (serveur de stockage, code d'accès aux tablettes, etc.).

Les nouvelles technologies peuvent paraître très prometteuses, mais les obstacles à une bonne pratique de la santé déjà présents auparavant ne seront pas résolus par la simple installation d'informatique dans le centre⁸¹ (par exemple, la difficulté à enregistrer les données ou les traitements administrés chez les patients ou les difficultés à décrire certains sons entendus à l'auscultation des poumons, etc.). La Fondation Terre des hommes, lors de la mise en place de son projet d'approche diagnostique informatique intégrée (*voir Fiche K : Le projet leDA : au-delà de la simple implantation de tablettes en brousse*), a constaté que l'insuffisance de formation, le manque de personnel et le manque de supervision, étaient les principales causes à l'origine de la sous-utilisation de la version papier du protocole de prise en charge pédiatrique^{82, 83}. Ces trois points ne seront pas résolus par l'introduction de tablettes dotées du même protocole.

L'utilisation des tablettes est délicate en région rurale pauvre, car leur valeur peut s'élever au-dessus du salaire mensuel des habitants et le risque de convoitise et de

79. D'Acremont V et al. (2014).


80. eHealth Africa. Impact Report 2016. www.eHealthAfrica.org.

81. Electronic Health Records: Manual for Developing Countries (2006). WHO Library Cataloguing in Publication Data.

82. Chaudhary N, Mohanty P, et al. (2005).

83. Rowe A, et al. (2010).

vol n'est pas négligeable. L'outil technologique nécessite des connaissances spécialisées pour son entretien et sa réparation. Même si la législation en Afrique est souvent inexistante sur la sécurité et les normes informatiques, l'équipe d'implantation du centre de santé doit s'efforcer de sécuriser au maximum les données privées des patients (code d'accès, mise sous clés du matériel et utilisation exclusive pour l'activité du centre de santé, etc.). De plus, une sauvegarde systématique des données collectées et un plan alternatif en cas de panne de l'équipement ainsi qu'un plan pour mener à bien la réparation ou le changement des appareils défectueux, doivent être réfléchis.



Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'évidence claire sur l'amélioration des pratiques de soins en régions rurales à la suite d'implémentation des technologies mobiles.

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'évidence claire sur l'amélioration des pratiques de soins en régions rurales à la suite d'implémentation de ces technologies (sauf peut-être la diminution de l'utilisation systématique des antibiotiques⁸⁴). Quelques études à petite échelle ont été menées en Tanzanie et ont pu montrer qu'elles sont bien acceptées par les soignants⁸⁵. Des études à plus large échelle sont en cours⁸⁶.

Enfin, il faut être conscient que, en implémentant un outil mal utilisé et possiblement obsolète, il existe le risque de transformation en un « outil aliénant », privant l'individu de son autonomie, de son savoir-faire et lui dictant ses besoins. L'outil informatique se doit donc d'être un « outil convivial » : ne créant pas d'inégalité, renforçant l'autonomie individuelle et permettant d'accroître le champ d'action des soignants et des patients sur le réel⁸⁷. L'équipe de mise en place se doit de documenter le besoin, de planifier le fonctionnement pérenne (formation, réparation, remplacement, sécurité des données, approvisionnement énergétique, etc.) et d'avoir l'approbation de l'équipe, de la communauté et des instances étatiques. Sans ces trois aspects, l'implantation de tablettes ne fonctionnera pas.

84. Dans des études non encore publiées de MSF avec e-Care.

85. Mitchell M, et al. (2012).

86. Chib A, van Velthoven MH, Car J (2015).

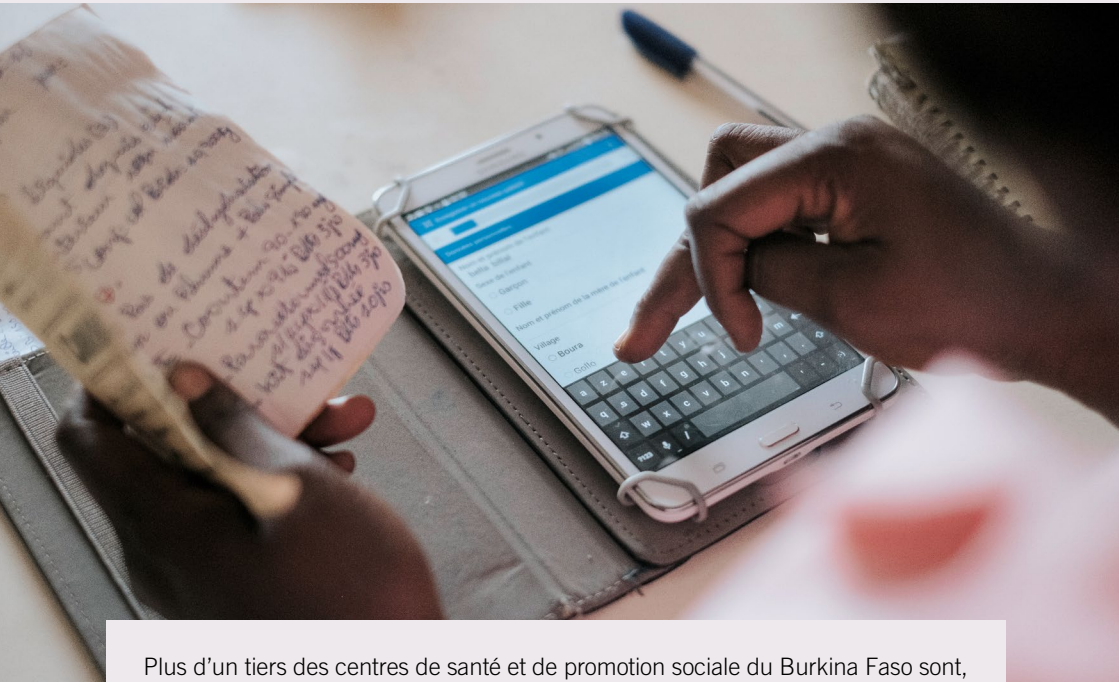
87. Ivan Illitch (1973).

Avantages et inconvénients de la mHealth

Avantages	Inconvénients
CLINIQUE	
Diminution des erreurs de prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> • amélioration de la justesse des diagnostics • baisse de l'utilisation excessive et erronée de certains traitements (antibiotiques, antipaludiques, etc.) 	L'algorithme ne remplace pas le jugement clinique et l'expérience du soignant
Ne permet pas d'éviter les questions d'anamnèse, les examens cliniques et paracliniques recommandés	Peut être mal accepté par le soignant : <ul style="list-style-type: none"> • par manque de formation • si interprété comme : « Vous êtes insuffisamment formé et incompetent pour soigner vos patients! »
Renforce la prise en charge universelle et équitable du patient	Formation, implantation et suivi de l'utilisation encourent le risque d'être négligés
Gain de temps lorsque le patient a déjà consulté, est inscrit correctement dans le registre et que l'algorithme décisionnel est bien utilisé	La technologie peut être perçue comme solution miracle et masquer certains problèmes de fond qui risquent d'être négligés
Outils de communication avec les hôpitaux de référence pour : <ul style="list-style-type: none"> • demande d'avis • échange d'informations lors des transferts de patient 	Extrême complexité à l'installation au vu des multiples aspects à considérer
Formation en ligne ou soutien par des pairs facilités	Algorithmes et protocoles doivent être validés localement
Désenclavement de certaines structures par le lien créé avec la ville et aide à la fidélisation des soignants en région rurale reculée	
Consultations de télé-médecine envisageables pour les personnes habitant les régions enclavées et ne pouvant se rendre au centre de santé	
ECONOMIQUE	
Economie financière (<i>pour le patient, pas pour le soignant!</i>) par la baisse de prescriptions erronées et non indiquées de médicaments	Matériel coûteux, investissement initial élevé
	Augmentation des charges d'électricité
MATÉRIEL	
Economie de papier	Matériel fragile et risque d'obsolescence
	Difficultés de maintenance, de réparation et de remplacement en région rurale
	Impose une source d'énergie électrique fiable
	Objet précieux et de luxe en région rurale: risque de vol
RECUEIL DE DONNÉES	
Facilite le recueil des données et de certains indicateurs	Risque de perte de données en cas de panne ou de vol
Utilisation des données à des fins statistiques	Si mal utilisé, risque d'augmenter la charge administrative imposée déjà aux soignants (registres)
Outils de communication avec les services de santé publique pour : envois de données journalières Information en temps réel lors d'épidémie	Difficulté à envoyer les données par connexion faible ou absente

Le projet leDA : au-delà de la simple implantation de tablettes en brousse

L'expérience de Terre des hommes au Burkina Faso



Plus d'un tiers des centres de santé et de promotion sociale du Burkina Faso sont, à ce jour, équipés de tablettes pour le diagnostic des enfants. Ce projet inhabituel et complexe consiste en l'implantation de matériel technologique dans des zones défavorisées et marquées par une forte mortalité infantile. Le suivi au long cours et la considération des aspects humains ont été centraux.

Les projets en bref

La Fondation Terre des hommes (Tdh) est une organisation non gouvernementale. Présente depuis 1987 au Burkina Faso, elle appuie dès le début des années 2000 le ministère de la Santé dans l'application du protocole PCIME⁸⁸. Ce protocole, créé par l'OMS, permet aux agents de santé des centres de santé et de promotion sociale (CSPS)⁸⁹ de faire un diagnostic clinique et un traitement des enfants de moins de 5 ans. Après plusieurs années sur le terrain, la fondation a pu constater que les agents de santé ne respectaient pas le protocole papier de la PCIME, principalement en raison de sa complexité. De nombreuses erreurs de prise en charge ou de mésusages des médicaments (antimalariques, antibiotiques) ont été notées. De plus, les différentes activités de rapportage manuel imputées aux agents pouvaient représenter jusqu'à 30% de leur temps et limitait le temps passé auprès des malades en étant source d'erreur dans la transmission des données aux niveaux supérieurs. Enfin, les soignants des différents districts manquaient cruellement de formation continue.

Pour tenter de pallier ces problèmes, le projet « leDA » (Integrated e-Diagnostic Approach – approche diagnostique électronique intégrée), est né en 2014. Il a consisté en l'implantation dans les centres de santé et de promotion sociale de tablettes dotées d'une application, à la fois version électronique de la PCIME mais aussi outil de collecte pour l'envoi, via internet, des données des patients aux autorités nationales. Une application de e-learning a également été installée, permettant aux agents de santé de renforcer leurs compétences sur la PCIME. Le déploiement des tablettes a débuté en 2015 et, actuellement, 620 centres de santé et de promotion sociale en ont été équipés (représentant plus de 30% des centres du pays).

Points clés

Un projet de longue haleine

Dès 2014, plusieurs rencontres avec le ministère de la Santé ont été nécessaires pour préparer le projet. Le déploiement sur le terrain de chaque tablette s'est effectué sur quatre mois et a respecté

quatre phases : une évaluation initiale de terrain ; l'installation du matériel solaire pour la recharge ; la formation des agents de santé et la mise à disposition des tablettes. Une activité de

88. Prise en charge intégrée des maladies d'enfant.

89. Les agents de santé au Burkina Faso sont soit infirmier diplômé d'État (IDE) ; infirmier breveté (IB) ou agent de santé itinérant (AIS). Ils ont en charge l'administration médicale du centre de santé et de promotion sociale, premier échelon de la pyramide sanitaire. Les agents de santé assurent les consultations et le suivi des patients, gèrent les stocks de médicaments et de produits médicaux et veillent à la propreté et à la bonne tenue du centre.

suivi d'au minimum un à deux ans a été ensuite assurée par un chargé de mission présent dans chaque district. Il s'agissait d'anciens agents de santé faisant ensuite partie de l'équipe leDA. L'association a assuré, avec le soutien du Fonds mondial, le financement pour le déploiement, la mise à disposition de l'application PCIME REC⁹⁰, la formation et le suivi. La tablette est devenue ensuite la propriété du comité de gestion⁹¹ et c'est à lui qu'incombaient les réparations ou le remplacement, en cas de perte ou de vol.

Pour chaque consultation d'enfant de moins de 5 ans, l'agent de santé répondait à une série de questions diagnostiques qui l'orientent dans la prise en charge. Via la 3G, les données collectées ont été envoyées au ministère de la Santé et conservées sur un serveur (localisé aux Etats-Unis). Tdh vise actuellement à un retrait progressif des chargés de mission avec l'objectif de confier la gestion du projet dans son entier au ministère de la Santé.


Des changements observés et pas seulement technologiques

L'ONG a constaté une bonne acceptation des tablettes (plus de 80% d'utilisation pour les consultations des enfants de moins de 5 ans). Face aux besoins, certains comités de gestion se sont même organisés, par leurs propres moyens, pour s'en procurer une seconde. Dans les centres équipés, on a observé une proportion plus importante d'utilisation de la PCIME (80% versus 30-35% dans les centres avec protocole papier) et une réduction des erreurs diagnostiques. La traçabilité des informations saisies a également changé les pratiques. La

possibilité de bénéficier de données plus fiables et rapides sur l'activité de chaque centre de santé et de promotion sociale a apporté une certaine transparence dans les discussions entre le ministère et les soignants. La collecte manuelle des données épidémiologiques était décourageante pour les agents de santé, entre autres par manque de retour de la part du ministère de la Santé. leDA a permis d'offrir un retour aux agents sur leur pratique individuelle et, par ce biais, de valoriser leurs compétences.

Une expérience atypique

En plus des difficultés logistiques du projet s'est ajouté un défi technologique avec de nombreux imprévus. L'ONG a dû



Dans les centres équipés, on a observé une réduction des erreurs diagnostiques.

90. Tdh a utilisé la plateforme CommCare de Dimagi pour concevoir cette application.

91. Géré par la communauté, il assure la gestion financière du centre de santé et de promotion sociale (matériel et médicament).

leDA, avec la tablette et l'approche d'amélioration de la qualité, c'est un gain de temps, tout est plus rapide et précis avec la tablette. On ne se trompe plus, tout est automatique.

Commentaire d'un agent de santé recueilli lors d'un focus groupe dans le district de Yako, mars 2018

surmonter les problèmes de réseaux ou l'usure accélérée des tablettes en raison des conditions locales et de leur forte utilisation. L'application a été utilisée en français et l'équipe leDA réfléchit actuellement à l'utilisation de langues locales (dialectes) pour faciliter la compréhension entre les soignants et les patients. Le vol n'a en revanche pas été un problème, l'influence du comité de gestion sur la communauté jouant probablement un rôle protecteur. Avec les changements rapides en matière

d'accès à la technologie, il a aussi été constaté que de plus en plus d'agents de santé étaient déjà équipés de téléphones portables (parfois même plusieurs), ce qui a permis d'envisager une adoption de plus en plus rapide de l'outil. leDA est une plateforme, un système qui, aujourd'hui, concerne les enfants de moins de 5 ans, mais pourrait, à l'avenir, aider au traitement des femmes enceintes et de l'ensemble de la population au Burkina Faso et au Mali, mais aussi dans d'autres pays en Afrique.

Quels enseignements ?

L'importance du facteur humain

La principale difficulté dans ce projet n'a pas été technologique mais humaine. On a envisagé de changer le fonctionnement d'un système. Dans ce contexte, la tablette a servi de catalyseur du changement, mais n'a pas résolu l'ensemble des problèmes. La réussite de leDA a reposé principalement sur l'effort investi pendant plusieurs années pour placer les compétences humaines, la formation et le suivi sur le long terme en priorités absolues. L'intégration du projet par des chargés

de mission locaux ou la valorisation des compétences individuelles des agents de santé en ont été des exemples concrets. Comme tout projet informatique, le produit implanté n'était pas parfait et a dû s'adapter aux imprévus. De mentionner ces aspects dès le début a facilité les démarches. De nombreuses ONG ont tenté d'implanter à petite échelle des tablettes en région rurale et sans concertation alentour. Ces projets peu pérennes ont conduit à une

multiplication des bases de données dangereuses pour la solidité du système de santé et de son système d'information. Un projet comme leDA a donc imposé énormément de rigueur.

La tablette a été un outil qui réunit plusieurs compétences essentielles, mais elle a été bénéfique à condition

d'être intégrée dans un projet au long cours et qui émerge de la volonté, du besoin des agents de santé et du ministère de la Santé. Elle a alors réuni les caractéristiques pour former un cercle vertueux et permis la prise en main par la communauté de sa santé.

POUR ALLER PLUS LOIN



Références et liens

- Terre des hommes, bulletin n° 57, mars 2017, avenue de Montchoisi 15, CH-1006 Lausanne
- Derenzi B, et al. e-IMCI : improving pediatric health care in low-income countries. Proceedings of the 2008 Conference on Human Factors in Computing Systems, CHI 2008. Florence, Italy: April 5-10 2008. 8.
- Horwood C, et al. Experiences of training and implementation of the integrated management of childhood illness (IMCI) in South Africa : a qualitative evaluation of the IMCI case management training course. Soc Sci Med. 2009;70(2):313-20. 9.
- Bryce J, Victora CG, Black RE. The unfinished agenda in child survival. Lancet. 2013. 382(9897) : 1049-59.
- Blanchet K et al. A mixed methods protocol to evaluate the effect and cost-effectiveness of an Integrated electronic Diagnosis Approach (leDA) for the management of childhood illnesses at primary health facilities in Burkina Faso.
- D'Acremont V et al. Beyond malaria-causes of fever in outpatient Tanzanian children. N Engl J Med. 2014; 370: 809-17
- <https://www.tdh.ch/fr/ieda>



Contact

- Guillaume Foutry, directeur du projet leDA
guillaume.foutry@tdh.ch

-
- ▶ Tout changement de la pratique soignante en Afrique demande un suivi au long cours, de plusieurs années, dont on ne peut pas se passer.
 - ▶ Les aspects pédagogiques sont un pilier, ne jamais oublier le facteur humain, même dans un projet informatique.
 - ▶ La communication avec les autorités nationales et locales, les agents de santé, les COGES, les patients a été essentielle.
 - ▶ Quelle que soit l'action entreprise, le projet doit permettre de valoriser les compétences des soignants ou du système de santé.
 - ▶ Comme tout projet, il faut se renseigner sur les initiatives dans le pays, dans les autres pays et s'accorder sur une base de données commune.



Check-list 4 Équiper et entretenir le centre de santé

Sur la conception architecturale :

- La question foncière (à qui appartient le terrain) est-elle clarifiée ?
- Avez-vous envisagé l'utilisation de techniques et de matériaux locaux pour la construction ou la réhabilitation ?
- La main-d'œuvre employée provient-elle en priorité de la communauté bénéficiaire ?
- En cas d'écart aux plans standard nationaux, avez-vous mis en place un processus de dialogue et obtenu l'accord des autorités ?
- La conception architecturale tient-elle compte du confort des occupants et des patients ? des familles accompagnantes ? des formations ? des bonnes mesures d'hygiène – notamment l'agencement des latrines ? et des normes de sécurité (incendie, sécurité électrique) ?
- L'intimité et la confidentialité des consultations sont-elles assurées par l'agencement du bâtiment et des pièces ?
- Y a-t-il eu une réflexion sur le « circuit des patients » au sein de la structure ou entre les bâtiments ?
- Avez-vous anticipé, au mieux, les transformations ou les adaptations nécessaires du ou des bâtiments dans le futur ?
- Un lieu de vie pour les employés a-t-il été pensé selon les besoins et l'organisation de l'activité du centre (personnel disponible 24 heures sur 24, lieu de vie pour les familles, etc.) ?

Sur les équipements et les services d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène :

- Vous êtes-vous entourés de personnes compétentes et avez-vous initié une réflexion sur les aspects d'accès à l'eau potable, d'assainissement et de gestion des déchets ? En avez-vous fait un diagnostic ?
- Pour les aspects matériels, avez-vous privilégié un approvisionnement local de matériel ? Quel entretien et par qui ? Qui financera l'entretien ou la maintenance ?
- Le matériel et l'équipement peuvent-ils être entretenus et utilisés par les équipes soignantes/de nettoyage ? Des formations à la bonne utilisation, si elles sont nécessaires, sont-elles prévues ? Y compris pour le personnel technique de nettoyage ?
- La question de l'hygiène des locaux, des mains et du matériel a-t-elle été abordée ?
- La gestion des déchets est-elle claire et respecte-t-elle les principes de sécurité et d'écologie ?

Sur les équipements médicaux, informatiques et consommables du centre de santé :

- Une réflexion sur la pharmacie, sa constitution, son approvisionnement, sa gestion et son utilisation a-t-elle été effectuée ?
- Avez-vous défini quels types d'examen complémentaires seraient disponibles au centre selon les besoins et les disponibilités ?
- Avez-vous abordé les notions d'informatisation de la pratique des soignants ? Y a-t-il un besoin (et non pas seulement une demande) documenté ?



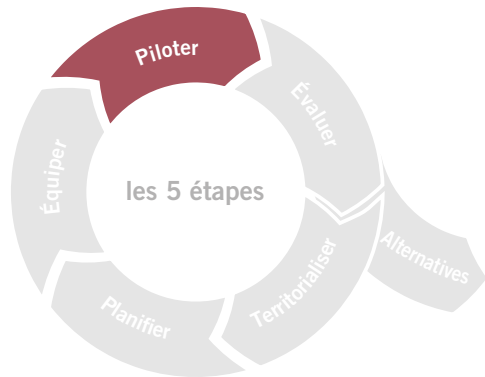


► 5. Piloter le centre de santé

Le centre de santé construit et équipé, certains points vont influencer les bonnes pratiques et la qualité des prestations. Parmi elles, le financement des soins; l'équilibre entre des prestations dites curatives ou de prévention; l'épineuse question des indicateurs de santé et les notions de pérennisation.

Dans ce chapitre nous abordons :

- les particularités du financement des soins dans les pays à faible revenu
- les modes de paiements
- l'organisation des activités cliniques et communautaires
- les principes généraux des indicateurs de santé, « thermomètre » de l'activité du centre et de l'état de santé de la population
- le concept de pérennité et les aspects spécifiques aux centres de santé



Fiche L: Réseau d'agents de santé communautaires, Colombie



Financement des soins en zones rurales

Au XX^e siècle, certains services de santé en Afrique n'étaient pas payants pour les populations, leur coût étant supporté par des organisations charitables religieuses ou, en partie tout au moins, par l'État colonial. Après leur indépendance, la plupart des États se sont engagés à financer les infrastructures de santé, le personnel et le fonctionnement, défi difficile à tenir. Au fil des ans, les services de santé et les gouvernements se sont endettés, et la qualité des soins et leur disponibilité se sont réduites. Pour lutter contre l'absence endémique de médicaments de base dans les centres de santé, les États, sous l'égide de l'OMS, ont proposé un système de recouvrement des coûts pour rendre disponibles des médicaments essentiels. C'est l'Initiative de Bamako (1987), première entreprise structurée contre la gratuité des soins, qui met un terme à cette politique. Depuis, la grande majorité des prestations et des médicaments sont à la charge des patients. Beaucoup d'utilisateurs se demandent encore pourquoi les services de santé vitaux initialement gratuits sont aujourd'hui devenus payants. L'histoire explique en partie pourquoi cette gratuité est encore espérée et ancrée dans les représentations des communautés.

Une participation financière des populations aux prestations offertes, en respectant un équilibre entre leur coût et le prix, se révèle incontournable, malgré les problèmes, notamment d'égalité d'accès aux soins, que cela peut engendrer (*voir chapitre 3, Anticipation des besoins en soins, du taux d'activité et du revenu attendu*).

Une participation financière des populations aux prestations offertes se révèle incontournable.

Deux sortes de paiement sont principalement en usage pour les frais médicaux en Afrique⁹² :

- le paiement à l'acte
- le paiement par mutuelles de santé

Il existe d'autres formes (forfaitaires ou par le biais de « tickets de consultation » ou « vouchers », par exemple dans certains centres de santé en République démocratique du Congo) qui, dans nos recherches, sont restées anecdotiques.

92. McIntyre D (2007).

Paieiment à l'acte

Le paieiment à l'acte, l'une des modalités les plus courantes en Afrique est le paieiment direct des médicaments et des services de santé au moment où l'on en a besoin. Les pays les plus défavorisés sont ceux qui l'utilisent le plus⁹³. Ce mode est le plus simple à mettre en place pour le centre de santé, mais a de sérieuses répercussions sur la santé. Le caractère décourageant d'un paieiment à l'acte est important pour les populations pauvres⁹⁴. Dans son rapport sur le financement des systèmes de santé, l'OMS dénonce les limites du paieiment direct et préconise le développement de mutuelles de santé comme au Rwanda où plus de 80% de la population (dans les chiffres) est assurée par trois assurances maladie^{95, 96}.

Paieiment par mutuelle de santé

Depuis les années 1990, de nombreuses expériences de mutuelles de santé ont été développées dans plusieurs pays du Sud avec plus ou moins de succès. Les mutuelles permettent, en théorie, aux populations de recourir plus fréquemment aux soins et d'améliorer leur état de santé. Elles présentent tout de même certaines limites, car elles ne permettent pas de couvrir toutes les pathologies et restent encore trop chères pour les tranches de population pauvres^{97, 98}. De plus, de nombreux échecs de projets de mutuelles ont été observés à la suite de gestion déloyale et de non-respect des engagements contractuels avec, au final, la perception par les populations de la mutuelle comme un impôt supplémentaire injuste. Il existe sur le sujet quelques textes qui expliquent les démarches nécessaires à la création de mutuelles ou qui analysent les expériences menées^{99, 100, 101}.

93. Xu K et al. (2010).

94. Ridde R (2012).

95. OMS (2010). Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle.

96. Saksena P et al. (2010).

97. Bete FH (2013).

98. Richard V (2005).

99. ministère de la Santé publique et de la lutte contre le sida. Manuel de procédures pour la mise en œuvre de la carte d'assistance médicale au Burundi (2015).

100. Boidin B (2012).

101. Boidin B (2015).

Si la mise en place d'une mutuelle autour du centre de santé est envisagée, elle doit :

- être le fruit d'une demande et d'une acceptation communautaire inconditionnelle qu'il s'agit de réévaluer dans le temps
- faire l'objet d'une gestion claire et transparente (par exemple grâce à un comité de gestion issu de la communauté)
- faire l'objet de contrôles rigoureux et réguliers

En l'absence de ces trois aspects, la mutuelle a de forts risques d'être perçue par la population comme un impôt supplémentaire.

Autres formes de paiement

Le paiement forfaitaire correspond au paiement par le patient d'un prix fixe pour une prestation dans son entier (y inclus la consultation par le soignant, l'acte effectué et le matériel). Son utilisation est décrite pour certains actes coûteux en matériel et dont le cours est difficile à prévoir (comme un accouchement qui peut se dérouler sans complication, mais qui, s'il se complique, exige du temps, des soins et du matériel supplémentaire). Il représente théoriquement une certaine mutualisation des coûts pour les prestations à forts potentiels d'imprévus.

L'exemption de paiement pour certaines tranches de la population (les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes) est également pratiquée dans certaines régions d'Afrique. Elle permet une augmentation de la fréquentation des structures par les populations¹⁰², mais peut représenter un risque financier mettant en péril la pérennité des structures. En effet, le soutien de l'État est sous-entendu et obligatoire dans ces situations, mais pas toujours effectif.

Les mutuelles présentent certaines limites, car elles ne permettent pas de couvrir toutes les pathologies et restent encore trop chères pour les tranches de population les plus pauvres.

102. OMS (2010). Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle.

Le prix de l'ordonnance ne doit pas dépasser le salaire journalier d'un paysan.

Quel que soit le mode de financement sélectionné, les prix demandés pour les soins qui seront pratiqués doivent être affichés au mur à plusieurs endroits du centre et fait partie de la transparence que doit mettre en œuvre le centre de santé. Pour faciliter les démarches de tarification, les discussions avec les repré-

sentants de la communauté locale ou d'autres centres de santé installés dans les environs sont précieuses. Le paiement s'effectue en une fois à la fin des soins et à un seul endroit dans le centre de santé, inclus dans la réflexion sur le circuit des patients (*voir chapitre 4, Construction ou réhabilitation du bâtiment*).

Le prix de l'ordonnance constitue la partie la plus onéreuse de la prise en charge. Dans une structure à but non lucratif, il doit idéalement être le plus bas possible, en prenant garde de retirer les médicaments inutiles ou inappropriés et en favorisant la fabrication maison de certains produits (par exemple, des chambres d'inhalation pour l'administration du salbutamol à partir de bouteilles en PET ou du sérum physiologique non stérile pour les rinçages de nez). Afin de se prévenir des dérives, un calcul du prix moyen de l'ordonnance peut être envisagé tous les trois mois et ne doit pas dépasser le salaire journalier d'un paysan dans la région.

Le soin à crédit est à faire avec prudence et doit être rigoureusement organisé, si pratiqué. Il en est de même pour les paiements en nature. À noter que, en région rurale, les situations d'indigence réelle (personnes démunies et miséreuses) sont relativement rares et sont souvent le fruit de situations particulières (veuvage, orphelin, handicap physique ou mental, etc.)¹⁰³. Ils sont à distinguer de la pauvreté. La majorité des patients trouvent des ressources, si non personnelles, auprès de leur famille ou de la communauté. La gestion et la prise en charge des personnes indigentes se fait donc au cas par cas et en consultant la communauté.

103. Desplats D, Razakarison C (2011).

Équilibre entre les prestations de santé du centre

Un équilibre est à maintenir dans la pratique du centre de santé entre l'activité curative et l'activité préventive, entre médecine de famille et soins de santé publique (*voir chapitre Concepts généraux, Qu'est-ce que la santé et la santé publique?*). Le rôle du centre est de traiter les maladies, mais aussi d'intervenir sur le milieu pour les prévenir. Il aura une activité de santé clinique et une activité de santé communautaire.

Activité de santé clinique

L'activité de santé clinique se définit par la séquence de prise en charge des patients et se déroule dans le centre par l'accueil des patients, la mesure des paramètres vitaux, l'examen clinique, la pose d'un diagnostic, l'acte thérapeutique et le suivi. Un circuit optimal de prise en charge est organisé pour permettre aux patients de circuler logiquement dans le centre de santé.

La plupart du temps, en médecine de famille en milieu rural, les patients ne prennent pas rendez-vous. Une faible fréquentation est un problème rencontré tant et si bien que les questions d'attente par surcharge se posent rarement. Cela va vraisemblablement changer et la question du tri d'urgence sera alors d'actualité. On entend par tri la classification des patients par degré d'urgence, selon des critères médicaux de la présentation clinique et non selon l'ordre d'arrivée^{104, 105, 106}.

Les activités telles que vaccinations, contrôles de grossesse, suivi d'enfants dénutris, etc., doivent pouvoir être planifiées et distinguées des activités dites « d'urgence ». Il faut, dans l'établissement du « calendrier » ou de l'agenda du centre de santé, tenir compte également des impératifs locaux (certains jours de la semaine plus ou moins disponibles en fonction des activités de la communauté, par exemple un marché hebdomadaire).

Certains pays disposent de carnets de soins (de suivi) préimprimés à disposition des patients, parfois payants mais obligatoires. S'ils ne sont pas disponibles, un cahier d'écolier par patient fait l'affaire. Leur utilisation est recommandée systématiquement chez les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 5 ans. Il permet une

104. Dieckmann RA, Brownstein D, et al. (2010).

105. Chameides L, Samson RA, et al. (2012).

106. Thim T, Vinther Krarup NH, et al. (2012).


amélioration de la prise en charge des grossesses, des accouchements, des activités de planning familial, des vaccinations, du suivi des courbes staturo-pondérales des enfants et de la prise en charge des maladies de la petite enfance.

Lors des consultations, le médecin ou l'infirmier veille à une explication la plus simple possible de la maladie, en tenant compte de la proportion plus ou moins importante d'analphabétisme, en région rurale. On demande au patient d'expliquer la prise du traitement pour s'assurer de sa compréhension et on l'informe des effets secondaires potentiels. L'*annexe 5.1* illustre un modèle d'ordonnance pour analphabète. Les représentations de la maladie sont intimement liées à la culture et peuvent diminuer l'adhésion thérapeutique. Le traitement peut donc être adapté, au mieux, au profil des croyances locales sans jamais renoncer à sa validité scientifique et en limitant au maximum ses effets nuisibles.

La disponibilité des protocoles de prise en charge de pathologies courantes (maladies infectieuses, HTA, etc.) et de situations urgentes (réanimation néonatale, asthme, convulsion, etc.) validés par l'OMS, le système de santé national ou d'autres organismes, est indiquée pour uniformiser les pratiques du centre et améliorer la qualité de la prise en charge. L'existence de fiches techniques et leur affichage sur les murs de la salle de soins ou de la salle d'accouchement peut aider (par exemple l'algorithme « Helping Baby Breathe », les dosages de médicaments urgents ou fréquents, etc.).

Activité de santé communautaire

Les activités communautaires de santé publique ne génèrent souvent pas de revenus financiers directs pour la structure, pourtant, elles sont un levier potentiellement bien plus efficace que les soins curatifs pour l'amélioration du niveau de santé d'une population.



Les activités de santé publique sont un levier bien plus efficace que les soins curatifs pour l'amélioration de la santé d'une population.

Les objectifs essentiels de stratégies de santé primaire, définis à la Conférence internationale de Alma Ata (*voir chapitre Concepts généraux, Les soins de santé primaires, quarante ans après Alma Ata*), aident à la définition des objectifs de santé publique que peut se fixer le centre :

- Transmettre une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables
- Promouvoir de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles
- Œuvrer à l'approvisionnement suffisant en eau saine et à des mesures d'assainissement de base
- Assurer la santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale
- Assurer la vaccination contre les grandes maladies infectieuses
- Assurer la prévention et le contrôle des endémies locales
- Offrir un traitement des maladies et des lésions courantes
- Fournir les médicaments essentiels

Un centre de santé devrait endosser ces objectifs en organisant l'activité clinique comme nous avons pu le décrire, mais aussi en allant au-devant des malades et en se préoccupant de ce qui se déroule dans la population.

Ces huit points sont à organiser selon les situations et ne représentent pas une liste exhaustive. L'équipe de mise en place fait preuve d'imagination et de créativité quant aux démarches ayant le plus d'impact sur la santé populationnelle. Dans certaines régions, ce sont des groupes de discussion (de femmes, de malades, etc.), dans d'autres des activités ludiques (des séances de projection de films ou des tournois sportifs pour jeunes avec l'abord d'un thème de santé), parfois la défense des intérêts de la population au niveau politique a le plus d'impact. En plus d'être bénéfiques aux membres de la communauté, toutes ces actions servent la publicité du centre et augmentent potentiellement son activité de consultations et de soins curatifs en soutenant un cercle vertueux. La confiance acquise auprès des habitants renforcera la solidité du lien noué.

Des postes mobiles de soins, équipe de soignants se déplaçant avec du matériel dans les villages, sont parfois instaurés dans les régions peu peuplées. Ils servent à rapprocher les soins des populations et à augmenter le lien communautaire. L'organisation de visites de malades à domicile est aussi décrite en région rurale. Ces méthodes mobiles sont parfois très difficiles à organiser ou à financer (qui supporte le coût?), mais peuvent permettre de potentialiser une relation avec la population qui serait difficile à créer, autrement.

En ce qui concerne la vaccination, nous recommandons à l'équipe du centre de santé de se référer en priorité aux plans nationaux du programme élargi de vaccination (PEV)¹⁰⁷ et aux calendriers en vigueur (par exemple, pour les nouvelles vaccinations telles que celles contre les rotavirus). Dans certains pays, le matériel de vaccination et les produits sont fournis par le ministère de la Santé à toutes les structures de santé, même à celles à but lucratif. En contrepartie, le centre de soins devrait assurer la vaccination, selon le plan national et réaliser cette mission de santé publique.

Enfin, le centre de santé joue un rôle dans la détection précoce des épidémies. Un registre des maladies à potentiel épidémique en fonction des pays (choléra, shigellose, fièvres virales hémorragiques, fièvre jaune, méningite, peste pulmonaire, rougeole) peut être envisagé. Les seuils d'alerte épidémique locaux, différents selon les pathologies, existent parfois et sont disponibles auprès des autorités sanitaires. En cas de seuil franchi, on protège le personnel soignant et on déclare au plus vite les observations aux autorités sanitaires locales. L'outil informatique peut, ici aussi, être une aide potentielle dans la documentation, la communication et la gestion de ces événements (*voir chapitre 4, Outils informatiques pour l'aide au diagnostic clinique*).

Maintenir le lien communautaire

Une relation de médiocre qualité entre le soignant et les patients se traduit souvent par une faible fréquentation des structures de soins.

Quatre principaux pièges démantèlent la qualité du lien soignant/patient :

- les consultations trop rapides
- l'absence de dialogue avec le patient
- l'abus thérapeutique et la prescription injustifiée
- l'absence d'intimité

L'anthropologue Marcel Mauss a théorisé au début du XX^e siècle le concept de don qui s'applique parfaitement à cette relation thérapeutique. Pour Mauss, le don est « une totalité structurée qui répond à trois obligations : donner, recevoir, rendre »¹⁰⁸. Lors de la consultation le soignant « donne » une prestation au patient qui la « reçoit » et, en retour, lui « rend » un service ou de l'argent. Mais le patient « donne » également quelque chose d'important au thérapeute en lui confiant son mal et « reçoit »,

107. www.who.int/immunization/policy/immunization_tables.

108. Marcel Mauss (1924)

en retour, une attitude bienveillante et professionnelle complétée d'une éventuelle prescription qu'il doit honorer ou pour laquelle il « rend » quelque chose. Cette vision va garantir la qualité de l'acte soignant et la satisfaction du patient et vont permettre, en partie, le maintien du lien avec la communauté. Le non-respect de cet équilibre de la part du soignant (absence d'écoute, prise en charge maladroite, faute médicale) ou du malade (non-remboursement de crédit, gratuité des soins) rompt le contrat tacite qui se crée et l'accumulation d'insatisfactions peut conduire à la longue à une péjoration de la qualité des prestations offertes et à une rupture du lien.

Les agents de santé communautaires sont également précieux dans le maintien du lien communautaire (*voir Fiche L : Réseau d'agents de santé communautaires : un appui indispensable au centre de santé pour la promotion et la prévention de la santé?*).

Enfin, la participation des employés du centre de santé aux fêtes et aux événements communautaires auxquels ils sont conviés peut paraître banale, mais promeut l'intérêt de l'équipe soignante pour la population dont elle prend soin.

Réseau d'agents de santé communautaires : un appui indispensable au centre de santé pour la promotion et la prévention de la santé ?

L'expérience de Terre des hommes en Colombie



Les agents de santé communautaires (ASC) mènent des campagnes de sensibilisation, d'information et de vaccination en partenariat avec le centre de santé local. En contact direct avec les populations, ils identifient les personnes nécessitant une prise en charge et les orientent auprès du centre de santé compétent. Le réseau d'agents de santé communautaires facilite alors l'accès aux soins, améliore la prise en charge et le suivi médical et renforce l'implantation du centre de santé dans la communauté.

Le projet en bref

En Colombie, certaines régions rurales du Nord sont sous l'influence de groupes armés. La présence de l'État est limitée et de nombreux besoins restent insatisfaits. Dans ces zones, la Fondation Terre des hommes (Tdh) améliore les conditions de santé des populations locales en leur facilitant l'accès aux soins. Ne voulant pas se substituer à l'État et constatant l'existence de structures publiques de santé de qualité, Tdh a axé son soutien sur la formation des agents de santé communautaires et a veillé à leur pratique et à leur collaboration. Le réseau ainsi créé a été un véritable liant entre la population locale et le système de santé.

Points clés

Que sont les agents de santé communautaires ?

Les agents de santé communautaires sont des partenaires de santé extérieurs aux structures de soins. Il s'agit de membres de la communauté investis dans une démarche de promotion et de prévention de la santé. Ils s'engagent sur la base du volontariat et bénéficient de formations en santé materno-infantile, en nutrition, en hygiène et en santé sexuelle et reproductive. Une fois formés, ils développent leur activité de promotion et de prévention de la santé en collaboration avec le centre de santé communautaire de référence. Ils sont alors un excellent moyen de renforcer les liens communautaires d'un centre avec la population, puisque leur capacité d'action est implantée au sein même de cette dernière.

Concrètement, ils rencontrent les personnes dans la communauté, leur

transmettent des connaissances en matière de santé, font la promotion de la vaccination et d'autres domaines de la santé. Ils identifient les personnes en nécessité de soins et les orientent vers les centres compétents. Aussi, ils peuvent chercher à obtenir une dotation de matériel pour le centre de santé ou encore développer un partenariat entre une école et la structure de santé pour faire un suivi des enfants scolarisés.

En 2016, 125 agents ont été formés par Tdh. Ils ont suivi plus de 1000 familles, soit une dizaine de familles par agent. Et 1073 d'entre elles ont été sensibilisées à l'hygiène, 113 femmes et adolescentes enceintes ont été suivies individuellement et 22 cas de malnutrition ont été référés.

« Grâce à la formation reçue, nous avons pu apprendre aux femmes enceintes l'importance de réaliser des contrôles pendant la grossesse, d'allaiter leur bébé jusqu'à six mois. Avant, nous le faisons très peu.

Petrona Díaz, agente communautaire de santé, Tierralta, Colombie

Comment mettre en place un réseau d'agents de santé communautaires ?

Chaque communauté a disposé d'un groupe d'agents qui s'est réuni au sein d'un même réseau pour échanger les bonnes pratiques, coordonner les demandes des populations et mener des actions communes de plaidoyer auprès des institutions étatiques.

Trois étapes se sont succédées lors de la mise en place d'un réseau d'agents par Tdh :

- une phase d'identification, de préparation et de formation des nouveaux agents ;
- une phase d'accompagnement et de renforcement du réseau. Tdh a appuyé les agents dans la coordination de leurs

activités, notamment pour identifier, accompagner, suivre et référencer les cas auprès des institutions de santé (enfants malades, malnutris ou femmes enceintes) ;

- une phase de retrait progressif de Tdh où les agents ont réalisé seuls leurs activités, tout en restant sous la supervision de Tdh. Si besoin, la fondation a apporté son appui. Les agents ont ainsi été responsables de la définition d'un plan d'action, de la préparation de campagnes, de la tenue de réunions et, surtout, de l'entretien des partenariats avec les autorités publiques et les institutions locales.

Comment obtenir la confiance des populations locales ?

Deux éléments ont facilité l'intégration de Tdh dans la région d'intervention :

- des latrines ont été construites dans les foyers et les réseaux d'eau communautaires ont été réparés ou construits, ainsi les populations ont perçu rapidement des bénéfices directs et concrets à la présence de Tdh. Cela a facilité l'acceptation des autres activités menées ;

- les agents ont proposé des actions de sensibilisation et d'information par des approches ludiques, pédagogiques, culturelles ou sportives. Cette technique s'est avérée concluante pour aborder des thématiques sensibles avec les différents publics comme, par exemple, le respect des droits humains.

Comment garantir une représentativité équitable entre hommes et femmes ?

Le pourcentage de la population masculine impliquée dans les groupes d'agents a été minime, voire, dans certains cas, inexistant. Même s'ils sont déjà passablement occupés au travail, il a été convenu de les impliquer dès le début du projet pour les encourager à s'investir.

Représentées à 90%, voire à 95%, les femmes ont bénéficié d'un espace important pour le renforcement de leur rôle communautaire.

Quels enseignements ?

Assurer la pérennité des activités des agents communautaires

La mise en réseau des agents, formelle ou non, a été un élément clé de la pérennité des activités. La motivation et la dynamique collective ont porté l'initiative sur le long terme. En Colombie, la majorité des agents était déjà membre de conseils communaux. Par ce biais, leur mise en réseau et l'ancrage communautaire ont été garantis. Lorsque cela n'a pas été le cas, l'établissement d'un réseau propre aux agents et de relations avec les organisations locales ont dû être établis.

L'implication volontaire des agents a été primordiale. Il a été convenu d'identifier les principaux facteurs qui ont amené les agents à s'engager et à garantir une rétribution adaptée. Localement, l'accréditation des formations s'est avérée plus valorisante et stimulante qu'une rétribution financière – cet élément est à ajuster selon les contextes.

Finalement, la pérennité des interventions n'a pu se dissocier d'une autonomie

financière. Il a été important de définir des moyens locaux de levée de fonds ou de solliciter des dotations publiques auprès des collectivités. En Colombie, la conscience collective et le bénévolat sont assez répandus, les agents communautaires ne sont donc pas rétribués. Mais attention, ce n'est pas le cas partout.

Généralement, le rapprochement entre les institutions publiques et la communauté a créé un espace d'interaction direct qui a facilité les négociations, les revendications des droits de la population et la bonne mise en œuvre des politiques en matière de santé. Toutefois, en établissant ces nouvelles relations, les autres organisations légalement établies ont pu se sentir lésées donnant naissance à des blocages ou à des difficultés. Dans la mesure du possible, il est donc conseillé de travailler avec les structures existantes.

POUR ALLER PLUS LOIN

⊕ *Références et liens*
Site de référence : <https://www.tdh.ch/fr/nos-interventions/colombie>

✉ *Contact*
Marc Luna, chargé de programme Amérique latine, Terre des hommes
marc.luna@tdh.ch

Les agents de santé communautaires sont :

- ▶ des engagés volontaires issus de la communauté
- ▶ de véritables partenaires pour la promotion et la prévention de la santé
- ▶ un moyen de renforcer l'implantation du centre de santé dans la communauté
- ▶ un levier potentiel pour obtenir davantage de soutien des autorités publiques

Indicateurs de santé

Les indicateurs de santé sont la mesure d'un paramètre qui répond à une question de santé.

Ils sont de deux natures différentes :

- **quantitatifs** : une mesure *chiffrée* étudiant un aspect spécifique (nombre d'habitants, incidence ou prévalence d'une pathologie, nombre de décès par pneumonie, nombre de césariennes pratiquées, etc.)
- **qualitatifs** : une mesure des éléments le plus souvent *non directement chiffrables* collectés auprès de la population étudiée (satisfaction des soins prodigués, étude de la demande, etc.)

Les indicateurs de santé sont utilisés comme preuve de l'existence d'une demande ou des besoins d'une communauté. Ils peuvent mesurer également l'impact d'une intervention en étant documentés avant et après cette dernière, puis comparés. Une structure qui commence et qui se transforme (comme un centre de santé nouvellement implanté) a besoin d'indicateurs de fonctionnement pour s'autoévaluer (nombre de consultations, temps d'attente avant consultation, nombre de médicaments vendus, etc.). Certains indicateurs d'impact (mortalité, prévalence de maladie, etc.) seront plus du rôle d'une instance « supérieure » (ministère, université) et moins compatibles avec l'activité d'une seule structure.

Les indicateurs imposent un certain nombre de données à collecter. Dans l'idéal, il doit s'agir d'indices faciles à mesurer (humainement et financièrement), fiables (qui ne varient pas de façon imprévisible), valides, précis et les plus spécifiques (ou propres) possibles à l'intervention.

Chaque centre de santé a la responsabilité de documenter son activité de soins mais également ses activités de promotion et de prévention de la santé par des indicateurs spécifiques. Une méthode permettant de renforcer la collecte potentielle d'indicateurs est d'intéresser et d'impliquer les centres de recherche environnants sur l'étude de l'activité du centre de santé ou de la santé dans la région. Le partenariat ainsi créé peut nourrir les deux parties (le centre de recherche bénéficie d'une population à étudier et le centre de santé bénéficie des conclusions de l'étude).

Nous allons distinguer dans ce qui suit les indicateurs de santé selon leur caractère « obligatoire » ou « choisi ».

Les indicateurs « obligatoires »

Lorsque les structures sanitaires sont affiliées au système de santé publique (quelle que soit leur gestion privée ou publique), elles possèdent l'obligation de collecter certains indicateurs dictés par le gouvernement. Ces indicateurs sont généralement issus de données saisies dans un registre de santé et communiquées mensuellement (ou par trimestre) aux instances publiques. L'État est responsable de fournir des outils de recensement statistiques (registres de consultations externes, de consultations prénatales, d'accouchements, etc.) dont le remplissage est théoriquement obligatoire.

On a noté, au fil des années, dans plusieurs pays d'Afrique, une augmentation du nombre des indicateurs à relever, et donc des registres à remplir sans modification des moyens mis à disposition pour leur collecte. Cela a eu pour effet néfaste une surcharge administrative imposée aux soignants.

Dans la pratique, ces registres ne sont donc souvent pas remplis systématiquement, rendant l'interprétation des données difficile. Ces indicateurs « obligatoires » sont donc à aborder avec prudence. Pour montrer le signe de la volonté de collaboration du centre avec le système de santé publique, nous recommandons de suivre le système de recensement local au plus près. La collecte ne doit en revanche, en aucun cas, perturber la bonne pratique des soins, priorité absolue.

Les indicateurs « choisis »

Indépendamment des indicateurs sélectionnés par les instances centrales de santé publique, il peut être utile de disposer de certains indicateurs spécifiques au centre de santé et permettant d'étudier son impact sur la santé locale.

L'OMS a dressé une liste des 100 indicateurs de santé essentiels qui peuvent servir de base de référence à utiliser lorsqu'une action est envisagée et que l'étude de son impact est planifiée¹⁰⁹.

109. Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base. OMS (2014).

Nous recommandons, pour sélectionner les meilleurs indicateurs possibles, de^{110, 111} :

1. se limiter aux indicateurs ayant une utilité pour :
 - le centre de santé
 - la pratique des soins
 - les démarches de santé publique
2. se poser la question de : « à qui serviront ces indicateurs et pourquoi? » (au personnel, aux bailleurs, à l'État, etc.)
3. privilégier les indicateurs ayant une fonction sentinelle sur les problèmes de santé publique majeurs et les plus prévalents dans la région (par exemple, santé reproductive et infantile, malnutrition, accouchements, hypertension artérielle, maladies à potentiel épidémique, etc.)
4. sélectionner au minimum deux et au maximum huit à dix indicateurs répartis dans les domaines d'activités spécifiques (en y incluant les indicateurs « obligatoires »). Au-delà, le bénéfice tiré des indicateurs est à risque d'être surpassé par l'effet néfaste qu'impose leur collecte
5. avoir à l'esprit que la fiabilité d'un indicateur dépend de :
 - la source dont il provient
 - la qualité et la quantité des informations collectées
 - la logistique déployée pour sa récolte
6. mélanger les stratégies de collecte et les sources (registres de consultations, statistiques populationnelles, mesures cliniques, questionnaires de satisfaction, enquêtes de terrain, etc.)

Pérennisation du centre de santé

La pérennité définit le caractère de ce qui dure toujours ou très longtemps. Encore aujourd'hui, de nombreux projets de centres de santé disparaissent, par manque de réflexion préalable, laissant la communauté démunie, accablée de matériel dangereux et d'une structure inutile. L'expérience montre que la pérennité est souvent mise à mal au moment du retrait de l'organisme ou de la fin du financement ayant initié le projet.

110. Medical Research Council. Developing and evaluating complex interventions : new guidance (2006).
111. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation *in* public health. MMWR (1999).

En ouvrant un centre de santé, on modifie une dynamique locale en répondant, même partiellement, à une demande et à des besoins. Le manque de financement, de maintenance ou de matériel peut péjorer la qualité de la prise en charge, voire la faire disparaître, et déstabiliser ainsi l'organisation communautaire. Cela peut aller jusqu'à péjorer la situation sanitaire initiale, la concurrence ayant peut-être découragé l'installation d'autres centres ou l'appui d'autres acteurs qui auraient pu être plus pérennes dans la région. Un tel projet avorté peut également créer de la méfiance envers les instances externes et entraver toute action future. Lors de tout projet, l'équipe de mise en place ne doit donc pas négliger le potentiel dont elle peut être la source, et les démarches de pérennisation pour s'en prémunir sont cruciales.

Il est bien sûr illusoire d'associer la pérennité avec un objectif d'auto-financement d'un centre de santé « à terme ». Dans tous les pays, les coûts de la médecine curative, préventive et promotionnelle nécessitent un apport financier qui dépasse les ressources des usagers. D'où la réflexion sur l'intégration cohérente et durable de modes de financements autres de longue durée (budget de l'État centralisé ou décentralisé, apport direct et régulier de fonds de la communauté, apport de fondations, etc.).

Les actions permettant d'assurer la résilience du centre de santé débutent dès les premiers temps du projet et s'articulent autour de nombreux points spécifiques déjà abordés dans ce guide. Au vu de la multiplicité des contextes et des configurations, jamais une liste de mesures de pérennisation ne pourra être exhaustive : c'est principalement la recherche et la sensibilisation de l'équipe à ces facteurs limitants qui permettra d'œuvrer à la pérennité.

Les aspects centraux et universels ayant joué un rôle dans la pérennité de projets de centres de santé menés par différentes ONG sont :

① l'ancrage du centre dans les réseaux de santé communautaires, étatiques et associatifs

L'intégration du centre de santé comme élément de ces réseaux doit être recherchée activement et le groupe initiant la mise en place doit se placer comme partenaire de la communauté et de l'État. Toutes les conventions instaurées sont validées ensemble et signées. Nous insistons sur le fait qu'une convention doit être recherchée avec l'État sur les modalités et le financement du centre après le retrait de l'ONG.

② l'appropriation du centre de santé par la communauté bénéficiaire

Théoriquement, la pérennité est assurée lorsqu'il y a convergence de la demande, des besoins et de l'offre. Dans les faits, elle repose sur l'intégration, à toutes les étapes, de la communauté bénéficiant des soins. L'expérience de terrain au Mali

des centres de santé communautaires (CSCOM) a montré que la clé de la pérennité reposait sur le contrôle par la communauté, au travers du comité de gestion, des différents aspects de fonctionnement des structures de soins¹¹².

L'expérience des CSCOM a mis en évidence les facteurs limitant la pérennité tels que :

- le manque de vie démocratique au sein du groupe administrant le centre
- le manque de transparence des activités et des comptes
- l'inadéquation des modalités de financement des activités préventives (qui, dans le contexte, poussait à faire plus de curatif)
- le manque de formation du personnel soignant et des gestionnaires

3 l'instauration d'un équilibre entre la base et le sommet

Il s'agit de trouver, sur ce point, un équilibre entre les besoins de la base (la communauté) et les exigences du sommet (l'État et les instances de santé publique). Certaines uniformisations sont nécessaires (architecture et agencement de la structure, normes de constructions, matériel, registres, « Paquet minimum d'activités », applications informatiques, bases de données, etc.) et sont à lier avec les besoins spécifiques et les demandes locales (engagement de praticiens locaux, valorisation des matériaux et des techniques locales, etc.).

4 une clarification des questions de propriété

La propriété foncière du terrain sur lequel est érigé le centre ainsi que l'appartenance et la propriété du bâtiment (immobilier) doivent être clarifiées avant le démarrage du projet.

5 une clarification écrite de la responsabilité de la gestion du centre et du cahier des charges

Qu'il s'agisse d'un comité de gestion villageois, d'un conseil de fondation ou d'un individu (directeur), le rôle et les statuts de l'acteur responsable de la gestion du centre doivent être notifiés par écrit et ratifiés avant toute mise en service du centre de santé.

6 une planification budgétaire et financière rigoureuse, afin d'anticiper au maximum les dépenses

Au-delà du simple financement des soins, il s'agit de ne pas oublier d'allouer un budget pour les postes de maintenance du matériel et des infrastructures, d'approvisionnement en consommables, de créer des réserves pour d'éventuels travaux de réparation ou d'agrandissement, de couvrir les salaires du personnel (soignant mais aussi administratif et d'entretien), ainsi que les coûts de formation, de monitoring, etc. La maintenance à

112. Baliqye H, Ouattara O, Akory Ag I (2001).

long terme est un aspect souvent négligé. Il est important de prévoir une formation de base et d'éventuelles formations continues pour la personne responsable de la gestion des aspects financiers (ou le gestionnaire, de façon générale).

7 un regard et un contrôle externe au centre de santé

Un dispositif et un plan de monitoring des indicateurs de santé doivent être en place et fonctionnels au moment de l'ouverture du centre. Le cahier des charges du ou des gestionnaires du centre de santé doivent spécifier cet aspect et du temps doit pouvoir y être consacré. Une évaluation régulière des centres par une instance externe (le gouvernement ou autre), basée sur les notions de qualité des soins, de maîtrise des coûts et d'impact en termes de santé a, par exemple, renforcé la pérennité des CSCOM au Mali.

8 l'organisation et le financement de formations continues régulières pour l'ensemble des employés

Ces formations sont essentielles non seulement pour l'équipe soignante, mais également pour celle de la maintenance ou de l'hygiène. Elles ont un impact clair sur la qualité des prestations du centre de santé, et donc sur la santé.

9 une réflexion et une clarification sur le financement des frais

- de médecine préventive et communautaire
- du personnel du centre (soignants, gestionnaire et personnes d'appoint)
- des malades adressés à l'hôpital de référence

10 la prise en compte des questions « environnementales » très souvent négligées (alimentation énergétique, eau, assainissement, drainage du terrain, gestion des déchets, etc.).

Les réflexions autour de la pérennité imposent de devoir penser aux qualités mais surtout aux défauts et aux faiblesses d'un projet. *L'équipe initiant le projet, dans un premier temps, puis l'équipe de gestion et les employés, par la suite, doivent faire preuve de capacité d'autocritique.* Cet exercice est difficile pour des ONG et les communautés qui tentent d'attirer des fonds (et doivent donc « se vendre » au mieux) ou luttent déjà contre leurs propres incertitudes. La difficulté de cette autocritique qu'impose la réflexion autour de la pérennité explique probablement sa fréquente négligence. Si l'équipe de mise en place identifie un élément qui pourrait porter préjudice au centre de santé, toutes les démarches doivent être entreprises pour prévenir le problème. Une culture et une gestion constructive « du défaut » et de l'erreur doit être instaurée, afin de mettre en place un processus d'apprentissage.

Check-list 5 **Piloter le centre de santé**



Sur le financement du centre de santé :

- Comment les soins seront-ils financés : à l'acte, forfaitaire, par une mutuelle, etc. ?
- Avez-vous étudié la présence de mutuelles de santé existantes dans la région ?
 - Si oui, le centre de santé pourrait-il s'y affilier ?
 - Si non, un projet de mutuelle autour du CdS est-il envisageable ?
- En cas de présence de paiement par mutuelle, y a-t-il :
 - la présence d'une demande et d'une acceptation communautaire forte ?
 - une gestion claire et transparente ?
 - des contrôles externes réguliers de la mutuelle ?
- Avez-vous envisagé une exemption de paiement pour certaines tranches de la population (enfants, femmes enceintes, etc.) ? Est-elle possible ?
- Avez-vous organisé les modalités de prise en charge en cas de paiement impossible des soins de la part du patient ?
- Une convention avec l'État pour la couverture des frais une fois le retrait de l'ONG effectué et leur modalité a-t-elle été réalisée avant l'ouverture du centre de santé ?

Sur la gestion des activités du centre de santé :

- Le déroulement de l'activité clinique pour les soignants et les employés du centre de santé est-elle claire et définie par un cahier des charges validé ? Par des modalités du financement des salaires définies selon le cahier des charges ?
- L'activité clinique du centre, entre urgences et activités planifiées était-elle claire ? L'agenda tient-il compte des impératifs culturels dans son organisation ?
- Le déroulement de l'activité de santé publique dans la communauté est-elle claire, définie par un cahier des charges et validée avec cette dernière (démarches de vaccinations planifiées – matériel, dans le temps, à quel coût et pour qui) ?
- Les modalités techniques et financières de référencement des patients vers les structures de niveau supérieur sont-elles définies ?
- Avez-vous réfléchi à l'opportunité d'un comité de gestion du centre de santé, impliquant des bénéficiaires ?
- Les équipes soignantes sont-elles soutenues et sensibilisées pour éviter :
 - les consultations trop rapides
 - l'absence de dialogue avec le patient
 - l'abus thérapeutique et la prescription injustifiée
 - l'absence d'intimité
- L'information sur le centre de santé est-elle adaptée et à disposition de la population ?

Sur les indicateurs de suivi :

- Avez-vous réfléchi aux indicateurs de santé qui seront collectés, et de quelle façon, en veillant à l'équilibre entre leur utilité et le temps consacré à leur référencement ? Les indicateurs proposés mesurent-ils réellement le bon fonctionnement de l'infrastructure ? Spécifient-ils la période de temps sur laquelle ils sont mesurés et sur quel bassin de population ?
- Avez-vous prévu un temps spécifique aux soignants pour la collecte de ces indicateurs ?
- Le prix de l'ordonnance moyenne est-il évalué régulièrement ?
- L'évaluation du centre de santé par les acteurs externes et les bénéficiaires a-t-elle été prévue ?
- Comment le lien de confiance entre le CdS et la population est-il considéré et maintenu/amélioré ?
- Y a-t-il des indicateurs qualitatifs simples pour mesurer l'amélioration de l'accès aux soins, la prévention, la satisfaction des patients, la qualité de l'infrastructure, la participation de la population ?
- Une stratégie de pérennisation a-t-elle été pensée en explorant les facteurs pouvant limiter la durée du centre de santé dans le temps ?





► En conclusion

- Postface
- Bibliographie
- Liste des fiches pratiques
- Liste des annexes



Postface

La santé pour tous en zone rurale demain

La mise en place ou la réhabilitation d'un centre de santé en zone rurale est une entreprise fascinante quoique complexe. Les expériences de terrain capitalisées dans cet ouvrage illustrent les voies et les moyens pour qu'un centre de santé soit fonctionnel durablement. Les projets de Nouvelle Planète au Sénégal, de Pharmaciens sans Frontières Suisse à Madagascar et d'Enfants du Monde au Burkina Faso sont des exemples parlants du long processus mené et de l'importance de considérer l'infrastructure sanitaire comme une pièce d'un puzzle plus large.

Une réflexion sur les aspects de santé communautaire et la qualité des services de santé fournis par l'ensemble des acteurs de la région est au cœur de la pérennisation. Mais cela reste un défi quotidien et de taille.

Parmi la multitude des facteurs capables de contribuer à la réussite de telles entreprises, les ressources humaines jouent un rôle décisif. La créativité et la résilience face aux imprévus de l'équipe en charge de sa réalisation influencent également de manière déterminante le processus. Une analyse objective du contexte local en mobilisant la communauté pour cibler l'intervention la plus appropriée est une clé du succès. En Equateur et au Bénin, les expériences de diagnostic participatif de la Centrale Sanitaire Suisse romande et de Médecins du Monde Suisse l'ont prouvé.

Face à l'accélération des bouleversements climatiques et aux crises humanitaires qui en résultent, la santé communautaire ne saurait compter sur des lendemains faciles. L'Agenda 2030 des Nations Unies fournit un programme ambitieux en la matière, tout en identifiant les interconnexions de notre monde globalisé comme autant d'occasions de coopérer. Dans chaque pays, des acteurs divers et variés doivent dorénavant composer ensemble pour surmonter des défis de santé souvent similaires. Un peu partout, des communautés de pratiques se développent afin de capitaliser les expériences et de partager des procédés efficaces et innovants. Par le biais de ce guide, le groupe Santé de la FEDEVACO entend faire sa part en intégrant les perspectives et les expériences du Sud à son ancrage vaudois pour offrir un outil qui soit au service du plus grand nombre. Avec l'espoir que cet ouvrage connaisse, lui aussi, un effet ricochet dans d'autres régions et d'autres domaines et contribue ainsi positivement au monde de demain.

Le groupe Santé de la FEDEVACO,
Lausanne, le 20 août 2018

Bibliographie

Acharya LB, Cleland J (2000). *Maternal and child health services in rural Nepal: does access or quality matter more?* Health Policy Plan; 15: 223–229.

Agudelo CA (1983). *Community participation in health activities, some concepts and appraisal criteria*. Bulletin of the Pan American Health Organization; 17: 375-385.

Annett H, Rifkin SB (1994). *Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs: a focus on health improvements for low-income urban and rural areas*. Division of Strengthening of Health Services, Genève: Bibliothèque de l'OMS.

Balique H, Ouattara O et Akory AI (2001). « Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali », *Santé Publique*, vol. 13, no. 1, pp. 35-48.

Beigbeder Y (1995). *L'Organisation mondiale de la santé*. Graduate Institute Publications.

Bete FH (2013). *Contribution des mutuelles de santé dans l'accès des populations aux services de santé dans les districts sanitaires du Bénin, du Cameroun, de la Guinée et du Togo, de 2005 à 2011* (Master professionnel en économie et management de la santé publique dans les pays en développement). Université de Paris Dauphine. Paris.

Blake C Alkire, et al. (2015). *Global access to surgical care: a modelling study*. Lancet Glob Health; 3: e316–323.

Boidin B (2012). « Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique: les leçons de l'expérience sénégalaise », *Économie publique/Public economics*, 28-29.

Boidin B (2015). *L'extension de la couverture maladie par les mutuelles communautaires en Afrique: mythes et réalités*. Bull. Soc. Pathol. Exot. 108: 63.

Buchan J, et al. (2011). *Recruiting and retaining health workers in rural areas: Pacific Island case-studies*. Genève: Bibliothèque de l'OMS.

Caplain R, et al. (2014). *Promouvoir des soins de proximité en Afrique: l'exemple de la médecine générale communautaire au Bénin*. Santé publique; HS (S1): 59-65.

Centers for Disease Control and Prevention (1999). *Framework for program evaluation in public health*. MMWR ; 48 (No. RR-11).

Chameides L, et al. (2012). *Pediatric Advanced Life Support Provider Manual*, American Heart Association, Dallas.

Chaudhary N, Mohanty P, Sharma M (2005). *Integrated management of childhood illness (IMCI) follow-up of basic health workers*. Indian J Paediatr. 72(9) : 735–9. 11.

Chib A, van Velthoven MH, Car J (2015). *mHealth adoption in low-resource environments: a review of the use of mobile healthcare in developing countries*. J Health Commun. 20(1):4–34.

Codjia L, et al. (2010). *Évaluation du programme d'appui à la médicalisation des aires de santé rurales au Mali*. Genève : bibliothèque de l'OMS.

Crausaz A (2011). *Capitalisation de l'expérience communautaire de Terre des hommes en Amérique latine*. Terre des hommes – Aide à l'enfance.

Cremer G (2008). *Corruption and Development aid. Confronting the challenges*. Londres. Lynne Rienner Publishers.

D'Acremont V et al. (2014). *Beyond malaria-causes of fever in outpatient Tanzanian children*. N Engl J Med. 370 : 809-17.

Debpuur C, et al. (2002). *The impact of the Navrongo Project on contraceptive knowledge and use, reproductive preferences, and fertility*. Stud Fam Plann ; 33 : 141–164.

Desplats D, Razakarison C (2011). *Le Guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar*. 2011. Marseille : Santé Sud.

Desplats D (2014). *L'installation de médecins privés communautaires : entre insertion professionnelle et accès à la santé*. Journal RESOLIS 2014.

Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé. Gouvernement du Canada (2018).

Dieckmann RA, Brownstein D, Gausche-Hill M (2010). *The Pediatric Assessment Triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children*. Pediatr Emerg Care. 26:312–5.

Dieckmann RD, et al. (2013). *Pediatric Education for Prehospital Professionals Instructor Toolkit*. American Academy of Pediatrics and Jones & Bartlett Publishers; Sudbury, MA.

Dondorp AM, et al. (2004). *Fake antimalarials in Southeast Asia are a major impediment to malaria control: multinational cross-sectional survey on the prevalence of fake antimalarials*. *Trop Med Int Hlth*; 9: 1241–6.

Dreyer P (2016). *Les diagnostics participatifs en milieu rural. L'exemple du projet Shepacc aux Philippines*. 2002, collection développement rural. Handicap International.

Electronic Health Records: Manual for Developing Countries (2006). WHO Library Cataloguing in Publication Data.

Entwisle B, et al. (1997). *Geographic information systems, spatial network analysis, and contraceptive choice*. *Demography*; 34: 171–187.

Enwonwu CO (2006). *Noma-the ulcer of extreme poverty*. *The New England journal of medicine*, 354 3, 221-4.

Franckel A (2004). *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le cas des enfants fébriles à Niakhar*. Sociologie. Université de Nanterre – Paris X.

Frankenberg E (1995). *The effects of access to health care on infant mortality in Indonesia*. *Health Transit Rev*; 5: 143–163.

Groupe interagences de l'ONU sur la mortalité infantile (2011). *Niveaux et tendances en matière de mortalité maternelle et infantile. Estimations élaborées par le Groupe interagences de l'ONU sur la mortalité infantile* (Unicef, OMS, Banque mondiale, Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, PNUD). New York : ONU.

Howard G (2002). *Healthy Villages: a guide for communities and community health workers*. Water, Engineering and Development Centre Loughborough University, England : WHO Library.

Impact Report (2017). eHealth Africa.

Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro (2010). *Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009*. Antananarivo, Madagascar : INSTAT et ICF Macro.

Jamil K, et al. (1999). *The immunization programme in Bangladesh: impressive gains in coverage, but gaps remain*. Health Policy Plan; 14: 49–58.

Le Bay S, Loquai C. (2008). *Evaluation du processus de décentralisation et de la gouvernance locale en Afrique de l'Ouest*. Bamako, Communiquances, 274 pp.

Marcel Mauss (1924-1924). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris: PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE – PUF.

Marcos Cueto (2004). *The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care*. Am J Public Health. 94: 1864–1874.

McIntyre D (2007). *Enseignements tirés de l'expérience: le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus*, Genève.

Medical Research Council (2006). *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*.

Ministère de la Santé du Burkina Faso (2004). *Normes et standards en infrastructure et en équipements du centre de santé et de promotion sociale du centre médical avec antenne chirurgicale et du centre hospitalier régional*. Ouagadougou: ministère de la Santé du Burkina Faso.

Ministère de la Santé publique de Guinée (1999). « *Paquet minimum d'activités des services de santé en Guinée à l'horizon 2005* ». Conakry: ministère de la Santé publique de Guinée.

Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA (2015). *Manuel de procédures pour la mise en œuvre de la carte d'assistance médicale au Burundi – CAM*. République du Burundi.

Mitchell M, et al. (2012). *Perceived improvement in integrated management of childhood illness implementation through use of mobile technology: qualitative evidence from a pilot study in Tanzania*. J Health Commun. 17:118–27.

Muula AS (2007). *How do we define 'rurality' in the teaching on medical demography?* Rural and Remote Health. 7: 653.

Objectifs de développement durable (2016). Organisation des Nations Unies (ONU).

Olivier de Sardan JP, Jaffré Y (2003). *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : APAD, Karthala (Hommes et sociétés).

OMS (1948). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

OMS (1978). *Alma Ata : les soins de santé primaires*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

OMS (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

OMS (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

OMS (2002). *Fonctions essentielles de santé publique : le rôle des Ministères de la santé*. Kyoto (Japon) : Bibliothèque de l'OMS.

OMS (2010). *Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

OMS (2010). *Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

OMS (2013). *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

OMS (2013). *Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles : directive relative aux soins de santé primaires dans les contextes de faibles ressources*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

OMS (2014) *Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base*. Version de travail 5. Bibliothèque de l'OMS.

OMS (2015). *Analyse mondiale de la situation dans les pays : Réponse à la résistance aux antimicrobiens*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

OMS (2015). *Atlas of eHealth country profiles: the use of eHealth in support of universal health coverage: based on the findings of the third global survey on eHealth*. WHO.

OMS (2016). *Atlas of African Health Statistics 2016. Health situation analysis of the African Region*. Regional Office for Africa : bibliothèque de l'OMS.

OMS (2016). *L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé: état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

OMS (2017). *A study on the public health and socioeconomic impact of substandard and falsified medical products*. Geneva : World Health Organization.

OMS (2017). *WHO Global Surveillance and Monitoring System for substandard and falsified medical products*. Geneva : World Health Organization.

OMS (2018). *Maladies tropicales négligées : principaux repères*.

République du Rwanda. Ministère de la Santé (2001). *Les normes des centres de santé : normes relatives au district de Sante*. Kigali : République du Rwanda ministère de la Santé.

Richard JL. (2001). *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin)*. Thèse de géographie de la santé sous la direction du Prof. Chiffelle. Université de Neuchâtel, Suisse.

Richard V (2005). *Financement communautaire de la santé en Afrique : les mutuelles de santé*. Med Trop ; 65 : 87-90.

Ridde V, Olivier de Sardan JP (2012). *Les politiques de suppression et de subvention du paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger*. Montréal : 44 pp.

Ridde V, Queuille L, Kafando Y (2012): *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest*. Ouagadougou.

Robert E, Ridde V (2012). *Les paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu ne font plus l'unanimité au sein de la communauté internationale, une analyse documentaire*. Bibliothèque nationale du Québec.

Rowe A, et al. (2010). *The rise and fall of supervision in a project designed to strengthen supervision of Integrated Management of Childhood Illness in Benin*. Health Policy Plan. 25(2):125–34.

Saksena P et al. (2010). *Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda*. World health report; background paper, no. 6.

Seiber EE, Bertrand JT (2002). *Access as a factor in differential contraceptive use between Mayans and ladinos in Guatemala*. Health Policy Plan; 17: 167–77.

Soura BD, Coulibaly SS. (2014) *Analyse du processus de décentralisation des services de santé en Côte d'Ivoire*. Med Sante Trop. 24:151-156.

Tang SL, Gu XY. (1996) *Bringing basic health care to the rural poor*. World Health Forum. 17(4):404-8.

Tanser F (2006). *Methodology for optimising location of new primary health care facilities in rural communities: a case study in KwaZulu-Natal, South Africa*, J Epidemiol Community Health; 60: 846–850.

Thaddeus S, Maine D (1994). *Too far to walk: maternal mortality in context*. Soc Sci Med; 38: 1091–1110.

The World Bank (2016).

Thim T, Vinther Krarup NH, Lerkevang Grove E, et al. (2012). *Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach*. Int J Gen Med. 5: 117–121.

Toumi A (2009). *Lutte contre les médicaments contrefaites, stratégie de l'OMS*. Genève TBS.

Van den Broek NR, et al. (2003). *Reproductive health in rural Malawi: a population-based survey*. Br J Obstet Gynaecol; 110: 902–908.

Werner D (2004). *Là ou il n'y a pas de docteur*. Paris: Enda Europe.

Whitehead, M., Dahlgren G. *What can we do about inequalities in health*. The lancet. 1991: 338;1059–1063.

WHO (2017). *WHO Model List of Essential Medicines: 20th List*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

WHO (2017). *WHO Model List of Essential Medicines for children: 6th List*. Genève : Bibliothèque de l'OMS.

WHO recommendations for routine immunization - summary tables.

Wilkinson D, Tanser F (1999). *GIS/GPS to document increased access to community-based treatment for tuberculosis in Africa*. Geographic information system/ global positioning system. *Lancet*; 354 : 394–395.

Xu K (2010). *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report; background paper, no. 19.

Ziegler J (2011). *Destruction massive: géopolitique de la faim*. Paris. Seuil.

Vidéo

La gratuité des soins au Niger. Malam Saguirou (2012).

Liste des fiches pratiques

Fiche A : Le diagnostic communautaire intégral : un outil pour définir les priorités par et pour la communauté. Centrale Sanitaire Suisse romande, Equateur.

Fiche B : Créer une véritable dynamique communautaire en faveur de la santé grâce à un diagnostic participatif. Médecins du Monde, Bénin.

Fiche C : Les dialogues communautaires dans la santé maternelle et néonatale : quelles opportunités et quels défis? Enfants du Monde, Burkina Faso.

Fiche D : Faciliter les interactions entre les structures de santé pour optimiser la prise en charge des patients. Nouvelle Planète, Sénégal.

Fiche E : Le rôle central d'un groupe de formateurs dans l'amélioration des soins prodigués au Laos. Service de Missions et d'Entraide, Laos.

Fiche F : Comment favoriser l'installation de médecins dans les centres de santé communautaires? Santé Sud, Bénin.

Fiche G : L'architecture des centres de santé : quel rôle de la communauté et quelle place pour les techniques locales? MISEREOR et CRATerre, République démocratique du Congo.

Fiche H : Réhabiliter ou construire un centre de santé : les plans standard nationaux mis en débat. Nouvelle Planète, Sénégal et To go to Togo, Togo.

Fiche I : Restructuration des pharmacies : vers la pérennité des centres de santé ruraux. Pharmaciens sans Frontières Suisse, Madagascar.

Fiche J : De la réalisation d'ouvrages à la mise en place de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène fiables et durables dans les centres de santé. Terre des hommes, Mali.

Fiche K : Le projet leDA : au-delà de la simple implantation de tablettes en brousse. Terre des hommes, Burkina Faso.

Fiche L : Réseau d'agents de santé communautaires : un appui indispensable au centre de santé pour la promotion et la prévention de la santé? Terre des hommes, Colombie.

Liste des annexes

Annexes au texte

- **Annexe 2.1** : exemple de fiche de référence à utiliser lorsque les patients sont adressés dans un centre de santé de niveau supérieur
- **Annexe 3.1** : exemple d'étude des besoins en soins et du taux d'activité attendu pour un centre de santé en région rurale d'Afrique
- **Annexe 3.2** : exemple d'étude du revenu attendu pour un centre de santé en région rurale d'Afrique
- **Annexe 4.1** : proposition d'agencement minimum d'un centre de santé
- **Annexe 4.2** : plan d'agencement du centre médical Fiadanantsoa à Madagascar
- **Annexe 4.3** : proposition d'agencement minimum d'un centre de santé
- **Annexe 4.4** : matériel non consommable proposé pour un centre de santé avec « Paquet minimum d'activités » « standard »
- **Annexe 4.5** : exemple de mobilier selon le type de pièce
- **Annexe 4.6** : liste des médicaments essentiels pédiatriques de l'OMS
- **Annexe 4.7** : liste des médicaments essentiels adulte de l'OMS
- **Annexe 4.8** : liste de conservation des principaux injectables après utilisation partielle
- **Annexe 4.9** : exemple de fiche de stock à utiliser pour la pharmacie centrale et de fiche de consommation mensuelle
- **Annexe 4.10** : exemple de kit de médicaments d'urgence
- **Annexe 4.11** : liste des « examens diagnostics essentiels » de l'OMS
- **Annexe 4.12** : désinfection des sols et surfaces
- **Annexe 4.13** : tableau résumant les différents modes de lavage des mains
- **Annexe 4.14** : schéma de désinfection des mains
- **Annexe 4.15** : nettoyage (prédésinfection) de l'instrumentation
- **Annexe 4.16** : stérilisation de l'instrumentation
- **Annexe 4.17** : schéma représentatif d'un incinérateur en briques
- **Annexe 4.18** : schéma représentatif d'un incinérateur rudimentaire
- **Annexe 5.1** : exemple d'ordonnance pour analphabète

Annexes aux fiches d'expériences pratiques

- **Annexe F.1 :** Santé Sud, Modèle de convention quadripartite de partenariat du médecin généraliste communautaire
- **Annexe F.2 :** Santé Sud, Contrat de travail type entre un médecin et l'Association de santé communautaire (ASACO) – elle-même liée par une convention de service public avec l'État et d'assistance mutuelle avec le maire de la commune
- **Annexe F.3 :** Santé Sud, Modèle de convention d'association au service public d'un médecin généraliste communautaire
- **Annexe I.1 :** PSF-CH, Recommandations concernant l'aménagement du local de la pharmacie
- **Annexe I.2 :** PSF-CH, Recommandations concernant l'aménagement d'un local pour les préparations magistrales et établissement de règles de base pour ces préparations
- **Annexe J.1 :** Tdh, Fiche technique ouvrage accès à l'eau
- **Annexe J.2 :** Tdh, Fiches techniques ouvrages WASH
- **Annexe J.3 :** Tdh, Fiche technique pompage solaire
- **Annexe J.4 :** Tdh, Guide des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement dans les structures de santé
- **Annexe J.5 :** Tdh, Guide pratique de gestion des déchets biomédicaux

Annexes

Annexe 2.1 : exemple de fiche de référence à utiliser lorsque les patients sont adressés dans un centre de santé de niveau supérieur.

Centre de Santé communautaire rural
Fiche de référence

Envoyeur

Document à l'intention de

Patient

Nom/prénom :
Age :
Numéro de registre de référence :
Anamnèse
Diagnostic différentiel
Examens et traitements effectués
Motif de références
Contre-référence

Annexe 3.1 : exemple d'étude des besoins en soins et du taux d'activité attendu pour un centre de santé en région rurale d'Afrique. Il s'agit d'un exemple et les approximations utilisées sont source d'erreurs potentielles.

Dans cet exemple, l'évaluation initiale nous a permis d'obtenir uniquement la valeur de la population approximative résidant dans un rayon de 5 kilomètres autour du futur centre de santé sans autres détails démographiques. Nous allons estimer les *besoins en soins* de notre population, puis le *taux d'activité* et, au final, la fréquentation prévue du centre par la population d'un rayon de 20 kilomètres sur une période de trois ans pour les différentes prestations du PMA.

Première étape : nous dressons la liste des caractéristiques démographiques de base qui nous permettra de nous représenter au mieux les *besoins en santé* de la population.

En nous référant uniquement à des données démographiques, ces besoins peuvent, par exemple, être le nombre :

- de femmes en âge de procréer (FAP)
- de femmes enceintes (FE)
- d'enfants de <1 an (e)
- d'enfants de 1-4 ans (E)

Ces quatre caractéristiques sont facilement quantifiables si l'on possède des données épidémiologiques. Dans notre exemple, nous ne possédons pas ces informations dans les détails et elles sont à estimer. Pour les femmes en âge de procréer, on peut, par exemple, se baser sur la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans est important, car les enfants constituent la population la plus vulnérable qui doit bénéficier en priorité d'une vaccination de base avec les femmes en âge de procréer.

En nous basant sur un « Paquet minimum d'activités » comme celui proposé (*voir Définir le catalogue des prestations*), nous pouvons étoffer cette liste et énumérer nos *besoins en soins* à étudier comme le nombre :

– de personnes nécessitant une consultation (C) par an dans un centre de santé
– de personnes nécessitant un acte de petite chirurgie, incluant la réalisation de pansements (K)
– de femmes en âge de procréer (FAP) soit les femmes entre 15 et 49 ans
– de femmes enceintes (FE)
– de consultations prénatales (CPN)
– d'accouchements à terme (AT)
– de consultations postnatales (CpostN)
– d'enfants de <1 an (e)
– d'enfants de 1-4 ans (E)

Deuxième étape : les données épidémiologiques précises étant manquantes, nous ne possédons que la valeur de la population résidant dans un rayon de 5 kilomètres, que nous nommerons la valeur N. Nous nous référons ensuite à des données épidémiologiques caractérisant les régions rurales africaines basées sur des expériences de centres de santé préalables¹¹³ pour estimer les besoins en soins sur une année de notre population N :

– C = N
– K = 4% de N
– FAP = 20% de N ¹¹⁴
– FE = 4,5% de N ¹¹⁵
– CPN = 3 x FE ¹¹⁶
– AT = 4,3% de N ¹¹⁷
– CpostN = 4,3% de N
– e = 4% de N
– E = 13% de N

Le tableau qui suit, adapté de Desplats et al. et des statistiques de santé publique de pays d'Afrique¹¹⁸ représente les besoins en soins annuels du CSCR.

113. Desplats D, Razakarison C (2011).

114. Dans les régions rurales africaines les femmes entre 15 et 49 ans représentent environ 20% de la population.

115. Environ 4,5% de grossesses dans une population rurale africaine.

116. Pour chaque grossesse, l'OMS préconise au minimum 3 CPN, chaque grossesse constitue alors, dans l'idéal, 3 consultations au centre.

117. Environ 5% des grossesses ne mènent pas au terme, soit environ 0,2% de la population.

118. OMS (2014). Atlas of African Health Statistics 2014.

Prestation du PMA	Besoins en soins théoriques sur 1 an pour une population de N = 10'000 habitants
Nombre de consultations (C)	10'000
Nombre d'actes de petites chirurgies et pansements (K)	400
Nombre de femmes en âge de procréer (FAP)	2'000
Nombre de femmes enceintes (FE)	450
3 consultations prénatales (CPN)	1'350
Accouchements à terme (AT)	430
Consultations postnatales (CpostN)	430
Enfants de moins de 0-12 mois (enfants à vacciner)	400
Enfants de 1-4 ans	1'300

Troisième étape: nous connaissons à présent les besoins en soins annuels théoriques de la population.

Nous adaptons ces besoins pour estimer le taux d'activité potentiel de notre structure. Pour cette étape, nous allons réaliser une estimation de l'utilisation du centre de santé sur trois ans. En nous basant sur les expériences concrètes de centres ou de cabinets médicaux ruraux, on émet l'hypothèse que, en trois ans, 50% des besoins annuels pourront être couverts. Pour les consultations de planning familial, cette proportion est estimée plus basse à 10% sur trois années des besoins en soins. Comme pour chaque femme, on effectue en moyenne (et idéalement) trois consultations de planning familial par an, on multipliera ces 10% par 3.

Prestations du PMA	Taux d'activité théorique sur 3 ans pour une population de N = 10'000 habitants
Nombre de consultations (C)	5'000
Nombre d'actes de petites chirurgies et pansements (K)	200
Activité de planning familial = 10% du nombre de femmes en âge de procréer (FAP) en tenant compte de 3 consultations/an/femme	3 x 200 = 600
Nombre de CPN	675
Nombre d'accouchements	215
Nombre de C post N	215
Nombre d'enfants de moins de 1 an à suivre et à vacciner	200
Nombre d'enfants de 1-4 ans à suivre et à vacciner	650

Nous possédons à présent une estimation pour la population présente dans un rayon de 5 kilomètres sur une durée de trois ans.

La quatrième étape consiste alors à corriger ces chiffres obtenus par un rapport caractérisant la distance des populations au centre de santé et de préciser alors le taux d'activité attendu pour un rayon de 20 kilomètres. Pour ce faire, on part du principe que la population dans un rayon de 5 kilomètres consultera à proportion de 100%, mais que la population habitant dans un rayon de 5 à 15 kilomètres du centre consultera 2 fois moins et celle dans un rayon de 15 à 20 kilomètres 4 fois moins.

Distance	Rapport à l'estimation
<5 km	100%
5 – 15 km	50%
15 – 20 km	25%

Nous obtenons alors une idée du nombre et de la nature des consultations qui vont occuper le centre pendant trois ans (taux d'activité) pour une population distante jusqu'à 20 kilomètres.

Annexe 3.2 : exemple d'étude du revenu attendu pour un centre de santé en région rurale d'Afrique.

En partant du principe que le centre est un centre privé à but non lucratif et que le paiement des prestations s'effectue à l'acte (*voir chapitre 5, Financement des soins en zones rurales*), on fixe le tarif de chacune des prestations investiguées lors de l'étude du taux d'activité (annexe 2) en ayant à l'esprit la notion de rapport coût/prix. Notre rapport coût/prix total doit être idéalement de 1 (car à but non lucratif). Pour les prestations que l'on souhaite rendre plus accessibles (promotion et prévention), nous prévoyons un rapport supérieur à 1 et le centre assure donc la prise en charge du coût excédentaire. Pour certaines prestations, on est obligé, pour des raisons de pérennité financière, de maintenir un rapport proche de 1, et donc de faire payer à la population la quasi-totalité du coût engendré.

Avec le « Paquet minimum d'activités » utilisé dans l'annexe 2, on peut imaginer :

– prestation à coût/prix égal à 1 :
– Consultation (C)
– Actes de petites chirurgies et pansements (K)
– Consultation prénatale
– Accouchement
– Activité de planning familial (PF)
– Enfant de 1-4 ans à suivre et à vacciner
– Prestation à rapport coût/prix égal >1 (faible prix imposé aux patients) :
– Consultation postnatale
– Enfant de moins de 1 an à suivre et à vacciner

On observe dans cet exemple que la priorité à l'accessibilité a été laissée, grâce à des prix bas, aux consultations postnatales et à la vaccination des enfants de moins de 1 an (en raison dans la région d'une forte mortalité périnatale liée à des maladies infectieuses évitables par les vaccins ou d'une mortalité élevée dans le post-partum). Dans un autre centre ou dans d'autres régions, l'accessibilité peut être prioritairement garantie aux accouchements (en raison d'une forte demande ou d'un fardeau de santé important lié à la mortalité en couches) ou au planning familial (mauvaise santé sexuelle et reproductive chez les femmes jeunes).

On peut dresser avec ces informations le tableau du tarif de chaque acte. Dans cet exemple, la monnaie utilisée sont les ariarys, monnaie malgache (1 euro = 3000 ariarys).

Type de consultation	Coût à l'unité (ariarys)
Consultation (C)	1'500
Acte de petites chirurgies et pansements (K)	5'000
Activité de planning familial (PF)	2'500
Consultation prénatale (CPN)	2'500
Accouchement	15'000
Consultation postnatale (CpostN)	1'500
Enfant de moins de 1 an à suivre et à vacciner	100
Enfant de 1-4 ans à suivre et à vacciner	1'500

Dans une seconde étape, il est possible d'obtenir les recettes prévisionnelles du centre en multipliant chaque prestation par son coût.

Type de consultation	Objectifs de consultation sur 3 ans d'une population de N = 10'000 habitants dans un rayon de 20 km	Coût à l'unité (ariarys)	Recettes prévisionnelles sur 3 ans (ariarys)
Consultations (C)	8'750	1'500	13'125'000
Actes de petites chirurgies et pansements (K)	350	5'000	1'750'000
Activités de planning familial (PF)	1'050	2'500	2'625'000
CPN	1'181	2'500	5'577'500
Accouchements	376	15'000	5'640'000
Consultations postnatales	376	1'500	564'000
Enfants de moins de 1 an à suivre et à vacciner	350	100	35'000
Enfants de 1-4 ans à suivre et à vacciner	1'137	1'500	1'740'500
Total	13'570	-----	31'057'000

Grâce à cet exercice, nous pouvons estimer le montant des recettes à disposition pour financer, par exemple, le revenu des employés sur trois ans. Si l'on divise le bénéfice total estimé pour le transformer en valeur mensuelle, en déduisant une marge de sécurité pour les charges de 10%, nous estimons que 776 425 ariarys pourront être épargnés mensuellement pour le paiement des salaires de l'équipe, des cotisations et des assurances professionnelles, des frais de maintenance du centre, etc. (*voir chapitre 5, Pérennisation du centre de santé*).

Encore une fois, il ne s'agit que d'un exercice illustratif et non exhaustif de l'effort à fournir pour tenter de se représenter au mieux les aspects financiers d'un centre de santé.

Annexe 4.1 : proposition d'agencement minimum d'un CSCR s'implantant dans un bassin de population de moins de 30 000 habitants dans moins de 5 kilomètres de rayon ou avec moins de 1 accouchement prévu par jour. Adapté des recommandations du ministère de la Santé du Burkina Faso¹¹⁹.

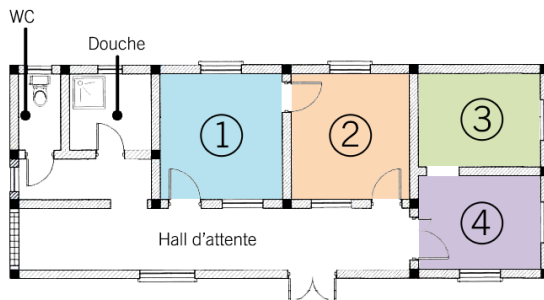
Appellation	Observations	Surface minimale (m ²)
Salle de consultation, bureau du soignant chef du centre	avec point d'eau et source d'énergie	20-25
Salle d'attente	lieu abrité (couloir, porche) ou pièce à part	15
Salle de soins, petite chirurgie, vaccinations et accouchements	avec point d'eau et source d'énergie	20-25
Accueil et vente des médicaments de base	avec point d'eau et source d'énergie	20
Magasin pour les médicaments et vaccins	avec point d'eau et source d'énergie	20
Sanitaires externes	1 latrine et 1 douche	6
Office pour le personnel	détente et bureau supplémentaire	10
Local de rangement	pour le matériel d'entretien	6
+/- Salle de mise en observation	selon les objectifs du centre, maximum 4 lits	25
Total surface utile (m²)		117-152

119. ministère de la Santé du Burkina Faso (2004).

Annexe 4.2 : plan d'agencement du centre médical Fiadanantsoa à Madagascar. Au rez-de-chaussée, la salle de consultation et l'accueil ont, par la suite, été inversés pour faciliter le circuit des patients dans ce centre.

Rez-de-chaussée

Dispensaire Fiadanantsoa

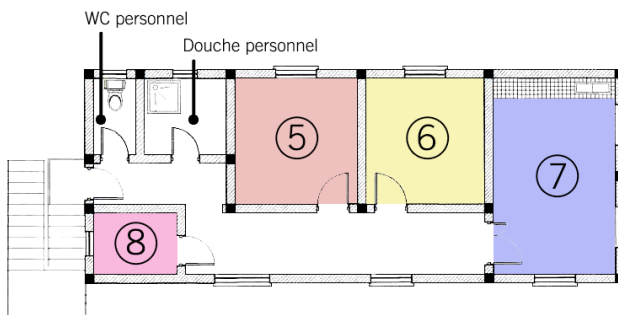


- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Salle de consultation 2. Accueil/Pharmacie de détail 3. Pharmacie centrale 4. Salle de soins |
|--|

Dispensaire
Fiadanantsoa
Échelle 1:75 K. Scuratzzini novembre 2013

1^{er} étage

Dispensaire Fiadanantsoa



- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 5-6. Chambres du personnel 7. Cuisine du personnel 8. Dépôt |
|---|

Disp. Fiadanantsoa
1 ^{er} étage
Échelle 1:75 K. Scuratzzini novembre 2013

Annexe 4.3 : proposition d'agencement minimum d'un CSCR s'implantant dans un bassin de population de plus de 30 000 habitants dans moins de 5 kilomètres de rayon ou avec plus de 1 accouchement prévu par jour. La séparation en secteurs peut se faire dans des bâtiments séparés, à différents étages ou par entrées distinctes. Adapté des recommandations du ministère de la Santé du Burkina Faso¹²⁰.

Appellation du local	Observations	Surface minimale (m ²)
Secteur « dispensaire »		
Salle de consultation/bureau du soignant chef du centre	avec point d'eau et source d'énergie	20-25
Salle d'attente	lieu abrité (couloir, porche) ou pièce à part	15
Salle de soins, pansements et petite chirurgie	avec point d'eau et source d'énergie	20-25
Accueil	avec point d'eau et source d'énergie	20
Sanitaires externes	1 latrine et 1 douche	6
Office pour le personnel	détente et bureau supplémentaire	10
Local de rangement	pour le matériel d'entretien	6
+/- Salle de mise en observation	selon les objectifs du centre, maximum 4 lits	25
Total surface utile (m²)		97-132
Secteur de la maternité		
Salle d'attente	lieu abrité (couloir, porche) ou pièce à part	15
Salle de consultation	avec point d'eau et source d'énergie	15
Salle de travail	2 lits et source d'énergie	15
Salle d'accouchement	avec point d'eau et source d'énergie	25
Suite de couches	maximum 4 lits	25
Sanitaires externes	1 latrine et 1 douche	6
Office pour le personnel	détente et bureau supplémentaire	10
Local de rangement	pour le matériel d'entretien	6
Total surface utile (m²)		117

120. ministère de la Santé du Burkina Faso (2004).

Secteur « services communs »		
Vente des médicaments	comptoir de vente protégé (grille) avec point d'eau et source d'énergie	10-15
Magasin pour les médicaments et les vaccins	avec point d'eau et source d'énergie	20
Salle de vaccinations		10
Entrepôt	Matériel, mobilette, etc.	10-15
Total surface utile (m²)		50-60

Annexe 4.4: matériel non consommable proposé pour un centre de santé avec « Paquet minimum d'activités » « standard », (*voir Définir le catalogue des prestations*). Les données sont adaptées de Desplats et al.¹²¹.

Désignation	Quantité
Stéthoscope, double face	2
Stéthoscope obstétrical, métallique	2
Tensiomètre, monopaire, velcro, adulte	1
Tensiomètre, monopaire, velcro, enfant	1
Otoscope halogène + 4 spéculums	1
Concentrateur d'oxygène	1
Spéculum vaginal de Colin, standard, 100 x 35 mm	3
Set abcès/suture, 7 instruments, comprenant :	2
— boîte à instruments perforée, inox 20 x 10 x 3 cm	1
— pince hémost. Halsted-Mosquito, 12,5 cm, courbe	1
— pince hémost. de Kocher, 14 cm, 1 x 2 dents droite	1
— pince chirurgicale, standard, 1 x 2 dents, droite 14,5 cm	1
— porte-aiguille de Mayo-Hegard, standard, 18 cm	1
— stylet Boutonne, arrondi, double, 14,5 cm, 1,5 mm	1
— bistouri, manche, n° 4 standard	1
— ciseaux chir. Deaver, pointu/mousse, 14 cm courbes	1
Set à pansement, 3 instruments, comprenant :	5
— boîte à instruments perforée, inox 18 x 8 x 4 cm	1
— pince hémost. de Péan, 14 cm, droite	1
— pince anatomique, standard, droite, 14,5 cm	1
— ciseaux chir. Deaver, pointu/mousse, 14 cm droits	1
Set accouchement/épisiotomie, 7 instruments, comprenant chacun :	2
— perce-membrane, 20 cm	1
— panier à instruments, pour stérilisation, grillage 5 x 15 x 5 cm	1
— pince hémost. de Kocher, 14 cm, 1 x 2 dents, droite	2
— pince chirurgicale, standard, 1 x 2 dents, droite 14,5 cm	1
— porte-aiguille de Mayo-Hegard, standard, 18 cm	1

121. Desplats D, Razakarison C (2011).

— ciseaux de Mayo, courbes 14 cm	1
— ciseaux, mous./mous., droits, chirurgicaux, 17,5 cm	1
Curette utérine de Gourdet, 28 cm rig. 12 mm mousse	1
Pince de Museux, 24 cm, droite, 10 mm, 2 x 2 griffes	1
Ciseaux droits, à pansements, 14,5 cm	1
Bocal porte-instrument	1
Boîte à coton	2
Boîte à pansement	1
Boîte plastique pour déchet tranchant (ou bouteille plastique)	3
Plateau à pansements, 30 x 20 x 3 cm, inox	2
Bassin réniforme, 26 cm x 14 cm (haricot)	2
Mètre, ruban, 1,5 m	2
Toise rigide verticale ou horizontale 200 cm	1
Balance, adulte, 0 à 100 kg (pèse-personne)	1
Balance mécanique à curseurs, bébé, 0-15 kg, grad. 10 g	1
Ruban pour mesurer le périmètre brachial (Unicef)	30 (cassables)
Thermomètre électronique rectal/axillaire, précision 0,1° C	4
Brosse à ongles, plastique, autoclavable	2
Bouteille, plastique, 200/250 ml, avec bec verseur	2
Lampe torche, frontale	3
Garrot élastique, 100 x 1,8 cm	2
Ambu Bag Silicone adulte et enfant >30 kg	1
Ambu Bag Silicone enfant et bébé 10-30 kg	1
Ambu Bag Silicone néonatal <10 kg	2
Masques pour Ambu Bag :	
taille 0 (prématuré)	1
taille 1 (nouveau-né)	1
taille 2 (petit enfant)	1
taille 3 (grand enfant)	1
taille 5 (ado et adulte)	1
Pingouin, aspirateur de mucosité pour bébé ou autre aspirateur électrique ou mécanique	3
Serviette propre pour nouveau-nés	5
Chambre d'inhalation	2
Potence	2

Urinal homme	1
Urinal femme	1
Bassin de lit	max. : 4
Seau à anses	1
Calculatrice	1
Calendrier/Echéancier	1
Glacière	1
Appareil de communication (téléphone, etc.)	1
Bock à lavement deux litres + accessoires	1
Ultrasonographe (si médecin formé)	1

Annexe 4.5 : exemple de mobilier selon le genre de pièce. À adapter à la taille de la structure, au matériel disponible et au « Paquet minimum d'activités ». Adapté des recommandations du ministère de la Santé rwandais¹²².

Désignation de l'équipement	Quantité
Salle de consultation	
Bureau	1
Chaise de bureau	1
Chaise visiteurs	3
Armoire à deux battants	1
Armoire à dossiers suspendus	1
Horloge murale	1
Escabeau à deux marches	1
Table d'examen	1
Poubelle	1
+/- Table d'examen gynécologique	1
Salle d'attente	
Banc d'attente	2
Tableau d'affichage	1
Accueil, salle de vente de médicaments	
Bureau	1
Chaise de bureau	1
Coffre-fort encastrable	1
Coffret à sous	1
Rayonnage	1
Poubelle	1
Salle de soins et de petite chirurgie, salle de pansements, salle de vaccinations	
Armoire à placards	1
Table d'examen	1
Tabouret praticien	1
Chaise visiteurs	1
Lampe d'examen	1
Bac de décontamination	3

122. République du Rwanda. ministère de la Santé (2001).

Poubelle	3
Escabeau à deux marches	1
Bassine de soins	1
Paravent	1
Salle de mise en observation, salle de travail, salle de suites de couches	
Chariot de soins	1
Lit à une place	max. : 4
Matelas à une place	max. : 4
Tabouret	max. : 4
Table de chevet	max. : 4
Paravent	2
Potence	4
Salle d'accouchement	
Horloge murale	1
Chariot de soins	1
Escabeau à deux marches	1
Table de soins pour nouveau-né	1
Lampe chauffante pour nouveau-né	1
Tabouret praticien	1
Bassin de toilette pour nouveau-né	1
Lampe d'examen	1
Paravent	1
Potence	1
Table d'accouchement	1
Magasin pour les médicaments et vaccins	
Rayonnage	3
Palettes en bois	2
Thermomètre	1
Frigo (pour les vaccins et quelques médicaments)	1
Entrepôt	
Brouette	1
Pelle	1
Pioche	1
Râteau	1
Seau à anses	2

Les chaises en plastique sont un atout pour l'hygiène, car elles sont faciles à désinfecter. Il en est de même pour les tables d'examen et de soins/accouchement avec armature en métal.

Annexe 4.6 : Liste des médicaments essentiels pédiatriques de l’OMS, 6^e édition parue en 2017. Ces listes sont révisées tous les deux ans.

Lien :

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

Annexe 4.7 : Liste des médicaments essentiels adulte de l’OMS, 20^e édition parue en 2017. Ces listes sont révisées tous les deux ans.

Lien :

<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

Annexe 4.8: liste de conservation des principaux injectables après utilisation partielle. Attention, cette liste s'applique pour les solutions utilisées par MSF et les informations ne sont pas garanties pour d'autres substances. Ce document sert d'illustration, une validation des données auprès des fabricants est indiquée lors de l'utilisation de ces substances.

Liste confiée par la D^{re} Pittet, médecin pédiatre à MSF.

Nom générique	Conservation : durée après ouverture
Amoxicilline + Ac. clavulanique	Utilisation immédiate après reconstitution
Ampicilline	Utilisation immédiate après reconstitution
Artésunate	Utilisation immédiate après reconstitution
Ceftriaxone	Solution stable au réfrigérateur pendant 72 h et 24 h à température ambiante (variable selon les fabricants)
Cloxacilline	Utilisation immédiate après reconstitution
Dexaméthasone	Dilution en perfusion stable pendant 24 h
Diazépam	Utilisation immédiate après ouverture
Epinéphrine (Adrénaline)	Utilisation immédiate après ouverture
Furosémide	Utilisation immédiate après ouverture
Gentamycine sulfate	Dilution en perfusion stable pendant 24 h
Benzathine Benzylpenicillin	Après reconstitution stable au réfrigérateur pendant 24 h
Complexe B	Utilisation immédiate après ouverture
Salbutamol	Utilisation immédiate après ouverture

Annexe 4.9 : exemple de fiche de stock à utiliser pour la pharmacie centrale et de fiche de consommation mensuelle pour l'évaluation de la vente et de la distribution au niveau de la pharmacie de détail.

Centre de santé
Fiche de Stock – Pharmacie centrale

Désignation du produit (DCI) : _____

Format(s) : _____ Divers : _____

Médicament / matériel consommable / matériel fixe

Don /achat

Date	Date d'expiration la plus précoce	Entrée (unité)	Sortie (unité)	Total (unité)	Stock de sécurité = seuil de commande	Observations

Centre de santé
Fiche de consommation mensuelle – Pharmacie de détail

Mois:

Désignation (DCI)	Entrée et/ ou report du mois précédent (unité)	Sortie (unité)	Stock fin de mois (unité)	Observations

Annexe 4.10 : exemple de kit de médicaments d'urgence constitué et utilisé à Madagascar. Cette liste peut être imprimée et placée dans la trousse d'urgence pour servir de référence lors du contrôle journalier.

Kit d'urgence

- Adrénaline injectable
- Diazépam injectable
- Furosémide injectable
- Dexaméthasone injectable
- Hydrocortisone injectable
- Salbutamol spray, chambre d'inhalation
- Artésunate ampoules (injectable ou rectale)
- Eau distillée
- Sérum glucosé 10%
- Ringer lactate (traitement du choc et de la réhydratation)
- Perfuseurs (adultes et pédiatriques), cathéters (20G-22G-24G), tubulure de perfusion
- Aiguilles épicroaniennes dont le bout aiguillé est coupé pour application intra-rectale d'anticonvulsivant ou seringue 1 ml (choisir le mode d'administration le moins coûteux)
- Seringues 2 ml, 5 ml et 10 ml et aiguilles (18G et 22G)
- Compresses alcoolisées, sparadrap
- Garrots
- Trois paires de gants

Annexe 4.11 : liste des « examens diagnostics essentiels » de l’OMS, 1^{re} édition parue en 2018. Les pages 15 à 20 traitent des structures de santé primaires.

Lien :

www.who.int/medical_devices/diagnostics/WHO_EDL_2018.pdf

Annexe 4.12: désinfection des sols et surfaces à effectuer tous les jours, au matin.

1. Nettoyage préalable: balayage humide, lavage manuel selon l'usage habituel
2. Préparation d'une solution de Javel à 0,5%, soit 1,8 degré, et nettoyage des surfaces

Comment préparer une solution de chlore à 0,5 % (haute concentration) à partir d'eau de javel

Utilisez la solution de chlore à 0,5 % (haute concentration) pour nettoyer et désinfecter les surfaces, objets et déversements de fluides corporels.
Préparez une nouvelle solution de chlore à 0,5 % (haute concentration) chaque jour. Jetez tout le reste de la solution du jour précédent.

	À partir de 1,25 %	À partir de 2,6 % ou de 8°	À partir de 3,5 % ou de 12°	À partir de 5 %	
1					
Assurez-vous de porter l'EPI complémentaire.	Versez 2 portions d'eau de javel et 3 portions d'eau dans un seau. Répétez jusqu'à ce que le seau soit plein.	Versez 1 portion d'eau de javel et 4 portions d'eau dans un seau. Répétez jusqu'à ce que le seau soit plein.	Versez 1 portion d'eau de javel et 6 portions d'eau dans un seau. Répétez jusqu'à ce que le seau soit plein.	Versez 1 portion d'eau de javel et 9 portions d'eau dans un seau. Répétez jusqu'à ce que le seau soit plein.	
3					
Mélangez bien pendant 10 secondes.	Étiquetez le seau « Solution chlorée à 0,5 % - Nettoyage »	Couvrez le seau avec le couvercle.	Le garder à l'ombre. Ne laissez pas au soleil.		

Verre doseur ou bouteille d'un litre

Seau avec un couvercle

Eau

Eau de Javel liquide

Bâton pour mélanger

Étiquette

Fournitures nécessaires

AVERTISSEMENT

Ne PAS boire la solution de chlore.
Ne PAS mettre de solution de chlore dans la bouche ou les yeux.

N.-B. : il y a différentes façons de fabriquer une solution chlorée (avec de l'eau de Javel, du chlore en tablettes, en poudre, etc.). Pour info, MSF Suisse a harmonisé toutes ses solutions chlorées désinfectantes à 0,1% au lieu de 0,5% (toutes les parts de chlore du schéma ci-dessus sont donc divisées par 5). Il semble que cette concentration soit suffisante avec moins de risque d'accident.

3. Laisser en contact 5 minutes

4. Rinçage à l'eau claire

Annexe 4.13 : tableau résumant les différents types de lavage des mains, adapté de Desplats et al.¹²³.

123. Desplats D, Razakarison C (2011).

Différents types de lavage des mains

	Lavage simple	Lavage antiseptique	Lavage chirurgical des mains
Quand	<ul style="list-style-type: none"> - Avant tout geste nécessitant un contact avec un patient. - Après tout geste ayant mis les mains en contact avec un patient ou du matériel souillé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avant un soin aseptique : pose KT veineux, soin de drain ou KT. - Régulièrement : en cas de recrudescence des infections nosocomiales. - Dans les unités de soin à haut risque infectieux. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avant tout geste nécessitant une asepsie rigoureuse. - Intervention chirurgicale. - Pose KT central.
Comment	<ul style="list-style-type: none"> - Avant-bras nus. - Mouiller mains et poignets. - Dose de savon dans la paume. - Rincer abondamment. - Sécher très soigneusement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avant-bras nus. - Mouiller mains et poignets. - Une dose d'antiseptique dans la paume. - Faire mousser pendant une minute. - Rincer abondamment. - Sécher très soigneusement. <p>Durera 2 à 3 minutes au total car il comprend également le brossage des ongles qui doit être minutieux.</p>	<p>1^{er} lavage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mouiller mains et avant-bras. - Mettre une dose d'antiseptique dans la paume. - Faire mousser et froter pendant deux minutes. - Rincer abondamment. <p>2^e lavage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reprendre une dose d'antiseptique. - Faire mousser et froter pendant trois minutes. - Rincer abondamment. - Sécher soigneusement.
Impératifs	<ul style="list-style-type: none"> - Les ongles courts et sans vernis ainsi que l'absence de bijoux garantissent la qualité du lavage hygiénique des mains. - Si excès de produits ou mauvais rinçage ou mauvais séchage : irritation et dessèchement de la peau. - Ne pas se recontaminer en touchant une surface souillée (robinet, poubelle...). 	<ul style="list-style-type: none"> - Les ongles courts et sans vernis ainsi que l'absence de bijoux garantissent la qualité du lavage hygiénique des mains. - Si excès de produits ou mauvais rinçage ou mauvais séchage : irritation et dessèchement de la peau. - Ne pas se recontaminer en touchant une surface souillée (robinet, poubelle...). 	<p>Un excès de produits, un mauvais rinçage ou un mauvais séchage sont les trois facteurs favorisant l'irritation et le dessèchement de la peau.</p>

Annexe 4.14 : schéma de désinfection des mains à afficher par exemple au-dessus des points d'eau. Réalisé par l'OMS.

Le lavage des mains - Comment ?

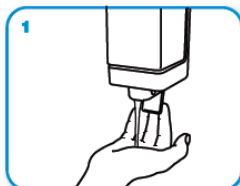
LAVER LES MAINS AU SAVON ET A L'EAU LORSQU'ELLES SONT VISIBLEMENT SOUILLEES
SINON, UTILISER LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE POUR L'HYGIENE DES MAINS !



Durée de la procédure : 40-60 secondes



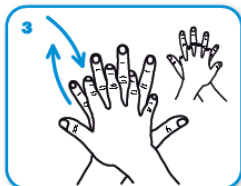
0
Mouiller les mains
abondamment



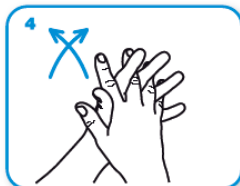
1
Appliquer suffisamment de savon
pour recouvrir toutes les surfaces
des mains et frictionner :



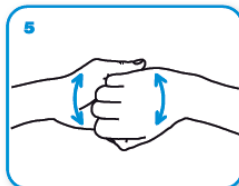
2
Paume contre paume par
mouvement de rotation,



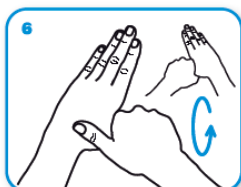
3
le dos de la main gauche avec un
mouvement d'avant en arrière exercé
par la paume droite, et vice versa,



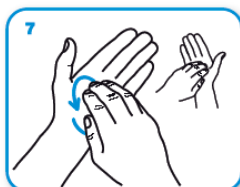
4
les espaces interdigitaux paume
contre paume, doigts entrelacés,
en exerçant un mouvement
d'avant en arrière,



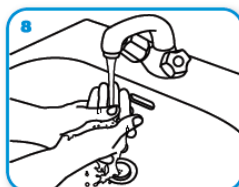
5
les dos des doigts en les tenant
dans la paume des mains
opposées avec un mouvement
d'aller-retour latéral,



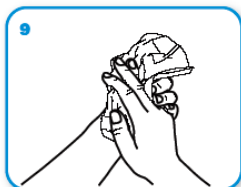
6
le pouce de la main gauche
par rotation dans la paume
refermée de la main droite,
et vice versa,



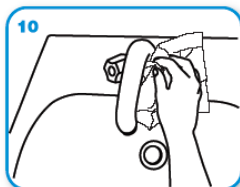
7
la pulpe des doigts de la main droite
par rotation contre la paume de
la main gauche, et vice versa.



8
Rincer les mains
à l'eau,



9
sécher soigneusement les mains
avec une serviette à usage unique,



10
fermer le robinet à
l'aide de la serviette.



11
Les mains sont prêtes
pour le soin.

Annexe 4.15: nettoyage (prédésinfection) de l'instrumentation, adapté de Desplats et al.¹²⁴.

A. Immersion totale des instruments préalablement démontés dans un bain de savon (ou de Javel) :

- temps de trempage: 15 minutes au minimum
- renouveler le bain de prédésinfection régulièrement

B. Nettoyage manuel – Brossage :

- Dans la solution de prédésinfection
- Port de gants de ménage
- Matériel lavé sur les surfaces lisses, brossé dans les anfractuosités avec une brosse adaptée

C. Rinçage abondant à l'eau claire

D. En fin de séance, les bacs sont vidés, nettoyés, rincés puis désinfectés

124. Desplats D, Razakarison C (2011).

Annexe 4.16: stérilisation de l'instrumentation, adaptée de Desplats et al.¹²⁵.

A. À la vapeur d'eau :

- ne stériliser à la cocotte-minute que l'instrumentation prédésinfectée et nettoyée
- verser dans le fond de la cocotte-minute la quantité d'eau nécessaire (l'eau doit arriver légèrement en dessous du panier)
- disposer les instruments sur le support, fermer le couvercle et démarrer la chauffe
- quand la soupape crache la vapeur en continu, enclencher la minuterie et décompter 15 minutes
- après 15 minutes, couper la source de chaleur, ouvrir la soupape
- laisser refroidir et ouvrir le couvercle lorsque la pression est tombée
- se saisir des instruments à l'aide d'une pince stérile (idéalement en se munissant d'un masque), les égoutter au mieux (sans les toucher) et les placer dans une boîte stérile.

B. Au four (gaz ou électrique) :

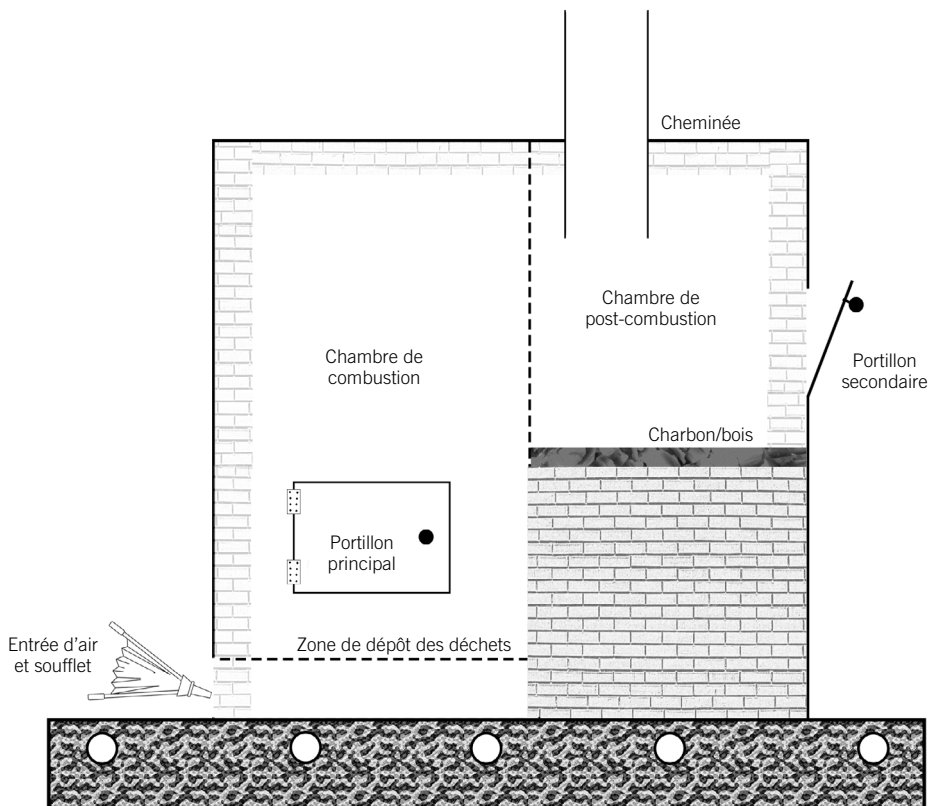
- ne stériliser au four que l'instrumentation prédésinfectée et nettoyée
- préchauffer le four à minimum 200° C
- disposer les instruments dans une boîte métallique (à couvercle idéalement), fermer le couvercle et la placer dans le four
- après 30 minutes, couper le four et laisser refroidir
- si la boîte possède un couvercle, elle sera stockée telle quelle, sans l'ouvrir
- si la boîte n'a pas de couvercle : se saisir des instruments à l'aide d'une pince stérile (idéalement en se munissant d'un masque), les égoutter au mieux (sans les toucher) et les placer dans la boîte stérile

125. Desplats D, Razakarison C (2011).

Annexe 4.17 : schéma représentatif d'un incinérateur en briques, vu de face, inspiré de Bita Fouda A et al.¹²⁶.

L'incinérateur se compose d'une chambre de combustion dans laquelle brûlent les déchets. Il permet la destruction des aiguilles et des tranchants en plus des autres déchets courants du centre. Une porte permet de les y introduire et d'extraire les cendres après incinération. Cette porte doit être hermétique et suffisamment résistante à des températures très élevées. Les briques ou le ciment jouent le rôle de matériaux réfractaires et résistent à des températures de plus de 1000° C. Par une cheminée d'un diamètre suffisant et un orifice d'entrée d'air, on s'assure d'un apport suffisant d'air pour une combustion optimale et à de hautes températures. L'apport d'air peut également être maximisé par la mise en place d'un soufflet traditionnel utilisé dans certains pays pour la cuisson des aliments ou dans les forges. Pour aider le démarrage de l'incinération, on peut s'aider de pétrole. La chambre de postcombustion permet aux fumées issues de la chambre de première combustion d'être elles-mêmes brûlées. Par l'effet de la chaleur, les résidus toxiques qu'elles contiennent sont ainsi détruits à leur tour et la toxicité en est ainsi réduite. Le combustible de cette chambre peut être du charbon ou du bois que l'on place par le portillon secondaire. On place les déchets médicaux à l'aide de gants renforcés sur la zone de dépôt des déchets par le portillon principal. Les déchets en combustion peuvent être retournés à l'aide d'une pelle. La cheminée doit être suffisamment haute (plus de 2 mètres du sol) pour porter les fumées au loin et ne pas intoxiquer l'utilisateur. Après utilisation, les cendres peuvent être retirées à la pelle et enfouies dans une fosse creusée à cet effet.

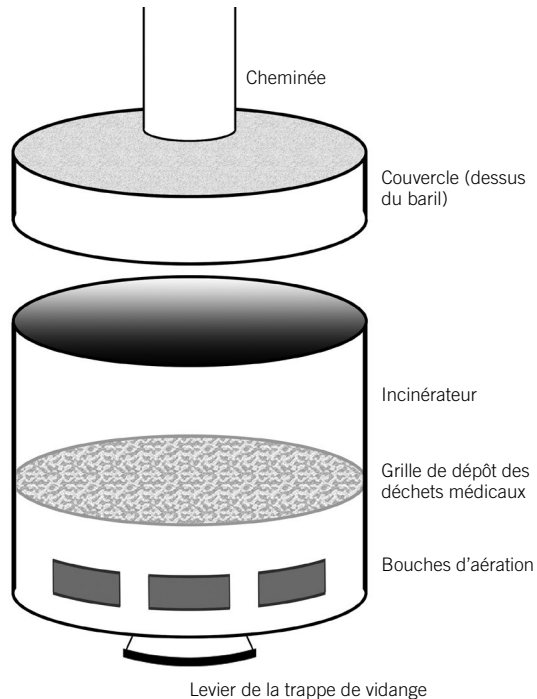
126. Bita Fouda A, Mbous Job A, Guévart E (2002). Incinérateur de déchets médicaux à base de matériaux locaux. *Développement et Santé*, n° 161.



Socle en ciment ou pierres avec tubes d'évacuation de la chaleur

Annexe 4.18 : schéma représentatif d'un incinérateur rudimentaire réalisé à partir d'un baril (de pétrole ou d'huile), de quelques plaques de tôles et de tiges de fer de 8 mm (pour la confection de la grille de dépôt).


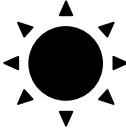


À l'aide de gants renforcés, les déchets médicaux sont placés sur la grille, allumés et le couvercle est placé sur l'incinérateur. Après la combustion, une trappe fermée par une plaque coulissante au-dessous du dispositif est ouverte et permet aux cendres de tomber dans une fosse (cf. *photographie*) sans besoin de manipuler les déchets et de risquer une blessure. L'incinérateur rudimentaire construit à partir d'un baril ne possède pas de chambre de postcombustion. Les températures de combustion sont alors moins élevées que dans l'incinérateur en briques et ne permettent pas de réduire complètement en cendres les objets tranchants ou de détoxifier les fumées. L'ignition est néanmoins plus complète que lors d'une combustion à l'air libre et permet, avec le plastique, de constituer un magma résiduel dans lequel les objets coupants s'insèrent (et sont donc moins dangereux) avec une bonne stérilisation.





Annexe 5.1 : exemple d'ordonnance pour analphabètes. Les traitements peuvent être représentés selon la couleur et la forme des comprimés dans les cases à disposition (2^e ligne). Des informations manuscrites doivent être documentées dans les lignes du bas au cas où le patient doit donner des informations sur son traitement à un autre soignant. Adapté de Werner D.¹²⁷.

127. Werner D (2004).

			
Nom/prénom :			
Médicament :			
Maladie :			
Posologie :			

Annexe F.1 : Modèle de convention quadripartite de partenariat du médecin généraliste communautaire. Bénin

Préambule

Dans le cadre du Programme accord santé développement solidaire (PASDS) franco-bénois, des médecins généralistes béninois sont appelés à s'installer dans des zones rurales pour assurer auprès des communautés défavorisées une médecine de proximité de qualité. Dans ces conditions, ces médecins privés sont partenaires des maires des communes dans lesquelles ils sont installés, sont associés au service public et sont en lien avec l'université pour des actions de formation et de recherche. La présente convention de partenariat vient préciser les engagements de chacune des parties impliquées.

Engagement des parties

Dans la présente convention :

1. Le docteur médecin généraliste communautaire installé dans le village de, arrondissement de, commune de, s'engage pendant au moins trois (3) ans renouvelables à :

- mettre ses compétences de médecin à la disposition des populations de son aire de responsabilité et apporter des soins de qualité conformes aux règles de la déontologie médicale ;
- appliquer, en tant que médecin privé, des tarifs adaptés aux capacités financières des populations ;
- utiliser les médicaments essentiels sous forme générique (sauf cas exceptionnel) et délivrer ces médicaments uniquement sous sa prescription ;
- contribuer aux initiatives de la commune en matière de santé et, d'une façon plus générale, participer au développement local des communautés ;
- s'associer au service public pour les activités de santé publique mises en œuvre par la zone sanitaire dans le cadre de directives du Ministère de la santé ;
- fournir à la zone sanitaire le rapport mensuel d'activités ;
- prévenir le maire de la commune et le coordinateur de la zone sanitaire en cas d'absence dépassant une semaine, et s'efforcer, dans ce cas, de trouver un remplaçant ;
- contribuer aux actions de formation (en particulier de formation continue) et de recherches opérationnelles mises en place par l'université ;
- informer les partenaires de la convention en cas de départ définitif au moins six (6) mois à l'avance, et à prendre les dispositions nécessaires pour assurer sa succession dans de bonnes conditions pour la population.

2. Monsieur représentant la communauté de, maire de la commune de, s'engage à :

- participer au choix du site d'installation du médecin généraliste communautaire, afin que ce site corresponde aux besoins de la population ;

- faciliter l'accueil et l'installation du médecin, en fonction des capacités propres des communautés et de la commune, en particulier pour l'aménagement, le logement ou l'équipement;
- contribuer, si possible, au fonctionnement du centre médical communautaire (eau, personnel...), et à la réalisation d'activités forfaitisées (telles que visites scolaires);
- associer le médecin à la résolution des problèmes de santé collective au niveau de sa communauté;
- assurer le rôle de médiateur en cas de litige ou de conflit.

3. Le docteur, directeur départemental de la santé du Borgou/Alibori, s'engage à :

- notifier au coordinateur de la zone sanitaire de, l'intégration du docteur, médecin généraliste communautaire installé au village de, dans la carte sanitaire de sa zone sanitaire;
- accepter le caractère particulier et expérimental de cette installation en partenariat privé-public, inscrite dans le cadre du programme PASDS;
- associer le centre médical communautaire de aux activités de santé publique (vaccinations, programmes prioritaires, etc.) et le doter des moyens matériels et de consommables (antigènes, vitamine A, etc.) nécessaires;
- doter le centre médical communautaire de des supports d'activités nécessaires à la transmission des données statistiques;
- informer le médecin généraliste communautaire des réunions d'information ou de formation organisées au niveau de la zone sanitaire.

4. L'Université de Parakou représentée par, doyen de la Faculté de médecine, s'engage à :

- assurer une formation initiale diplômante en médecine générale communautaire;
- suivre la qualité des prestations des médecins généralistes communautaires et leur délivrer une formation continue adaptée à la spécificité de leur pratique;
- organiser dans les centres médicaux communautaires des stages pratiques pour les étudiants en médecine, sous la responsabilité d'un maître de stage en la personne du médecin généraliste;
- proposer des thématiques de thèses en médecine en lien avec la médecine communautaire;
- développer des sujets de recherche (recherche-action) à partir de données collectées par les médecins généralistes communautaires.

Durée

Cette convention, qui prend effet dès la date de sa signature est valide pendant

toute la durée d'exercice du docteur au centre médical communautaire de Elle sera automatiquement résiliée au moment de son départ et devra être renouvelée pour son successeur.

Révision et résiliation

La présente convention peut être améliorée, à condition que les modifications soient acceptées par l'ensemble des parties impliquées, et à l'unanimité. Une demande de résiliation de la convention peut être demandée par l'une ou l'autre des parties pour des motifs graves. Dans ce cas, les raisons évoquées devront être transmises par écrit aux autres parties qui devront se prononcer soit sur la possibilité d'une issue consensuelle, soit sur la nécessité de s'adresser à une juridiction compétente.

Fait en quatre exemplaires, le

Le maire de la commune de Le directeur départemental de la Santé du Borgou/Alibori

Le médecin généraliste communautaire Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Parakou

Annexe F.2 : Contrat de travail type entre un médecin et l'association de santé communautaire (ASACO) – elle-même liée par une convention de service public avec l'État et d'assistance mutuelle avec le maire de la commune. Mali

Article I

Le docteur X est engagé en qualité de médecin directeur du centre de santé communautaire de Y. À ce titre, il a pour tâches principales :

- d’assurer le « Paquet minimum d’activités » curatives, préventives et promotionnelles en matière de santé dans le cadre des missions définies par le conseil d’administration de l’ASACO et dans le respect de ses statuts et règlements ;
- de mettre à disposition les prestations proposées à l’ensemble de la population dépendant du centre de santé.

Toutes les activités menées à travers le centre, y compris celles réalisées par le personnel paramédical, sont sous la responsabilité du médecin directeur. Il en rend compte directement au comité de gestion de l’ASACO dont il est membre de droit.

Article II

Le docteur X est classé à la catégorie professionnelle suivante : II^e catégorie. Il percevra un salaire brut de 100 000 FCFA sur lequel seront prélevées les retenues obligatoires. Par ailleurs, l’ASACO s’engage à verser en plus une indemnité de rendement de 25% sur tous les actes figurant au plateau technique du centre (hors médicaments), même pendant ses périodes de congé, mais le médecin est tenu de trouver un remplaçant durant cette période qu’il rémunère lui-même. Au cas où il ne trouve pas de remplaçant, il perd son indemnité pour la période de congé.

Article III

L’ASACO prend en charge l’ensemble des dépenses que nécessite le fonctionnement du centre, à savoir :

- le paiement des salaires et des indemnités du personnel ;
- l’achat des médicaments et des fournitures dont la consommation résulte du fonctionnement du centre (consommables médicaux, eau, électricité, carburant, papeterie...);
- l’entretien des bâtiments, du mobilier et des équipements ;
- la réalisation des investissements, y compris les travaux d’extension du centre.

Une fois par trimestre, le médecin directeur remet au comité de gestion de l’ASACO la liste des besoins chiffrés que nécessite le fonctionnement du centre et la réalisation des activités programmées. Ces dépenses doivent être conformes au budget programme de l’ASACO. Une fois par an, le médecin directeur présente au comité de gestion le bilan de l’année écoulée et une proposition de budget programme pour l’année à venir. Etc.

Annexe F.3 : Modèle de convention d'association au service public d'un médecin généraliste communautaire. Madagascar

Obligations de l'administration

Obligations du Ministère de la santé et du Planning familial : le ministère s'engage à intégrer le cabinet médical dans la carte sanitaire du district sanitaire de Z... et à informer le médecin inspecteur, chef de service de santé du district de l'approbation finale de la présente convention pour sa mise en application.

Obligations du médecin inspecteur : le médecin inspecteur chef de service de santé du district de Z... s'engage à :

- intégrer le cabinet médical dans les activités de santé publique (vaccinations, lutte contre les grandes endémies et épidémies locales, conformément aux directives du MINSANPF) ;
- doter le cabinet médical d'antigènes vaccinaux et d'autres produits (vitamines A...) suivant les procédures en vigueur dans le district sanitaire et en fonction des besoins justifiés par la population recensée dans l'aire d'activité du cabinet médical ;
- doter le cabinet de tous les supports d'activités nécessaires à la transmission d'informations et de statistiques au district sanitaire susnommé, selon les directives du ministère.

Obligations du médecin généraliste communautaire

Le MGC s'engage à :

- ouvrir son cabinet médical dans le village de Y..., commune rurale de..., sur une aire d'activité d'une surface de 15 kilomètres de rayon et comprenant les villages cités dans l'annexe 1 : carte de l'aire de santé et populations recensées ;
- dispenser des soins curatifs, préventifs, promotionnels et éducationnels dans son aire d'activité dans le respect des recommandations de l'OMS, notamment en ce qui concerne le « Paquet minimum d'activités » (PMA) ;
- exercer dans le respect de la déontologie médicale, telle que décrite dans le code de déontologie en vigueur à Madagascar (Décret n° 98-945 du 4 novembre 1988 portant Code de déontologie médicale) ;
- utiliser exclusivement des médicaments génériques, sauf cas exceptionnels ;
- appliquer des tarifs négociés avec les représentants de la communauté pour toutes prestations et soigner à moindre prix les personnes identifiées comme indigentes ;
- délivrer des médicaments génériques uniquement sur sa prescription et que la participation financière des usagers ne dépasse pas le prix d'achat majoré de 20% ;
- se référer aux directives du district sanitaire en matière de vaccination et de lutte contre les épidémies, endémies et pandémies ;
- remplir le Rapport mensuel d'activités (RMA) et le transmettre au district sanitaire suivant un calendrier convenu avec les responsables ;
- participer aux revues mensuelles et aux séances de formations continues (selon sa disponibilité) dispensées par le district sanitaire et auxquelles il aura été

- préalablement convoqué ;
- informer le médecin inspecteur, une semaine à l'avance, pour toute absence de plus d'un (01) mois et un (01) mois à l'avance au cas où il serait amené à quitter définitivement son cabinet.

Annexe I.1 : Recommandations de Pharmaciens sans Frontières Suisse concernant l'aménagement du local de la pharmacie

– Température
Prise de la température deux fois par jour (local climatisé et local de dispensation non climatisé). La quantité de médicaments à sortir du local climatisé représente environ l'équivalent de la quantité des ventes de médicaments pour une demi-journée (remplissage des étagères du local de dispensation deux fois par jour).
– Agencement du local climatisé
– Rangement des médicaments par ordre alphabétique et par principe actif (DCI)
– Choix d'un local sans fenêtre pour éviter l'exposition directe au soleil
– S'assurer que le local est toujours fermé à clé
– S'assurer que les médicaments ne sont pas entreposés à même le sol (palette ou carton isolant les médicaments du sol)
– Agencement du local de dispensation non climatisé
Récupération des cartons vides de médicaments pour ranger les médicaments par ordre alphabétique et par principe actif (DCI)
– Organisation monétaire
Pas de paiement direct à la pharmacie
– Gain de temps avec les patients (pendant qu'ils paient, l'assistante prépare les médicaments)
– Gain de sécurité via une caisse unique dans une pièce fermée à clé (moins de vol possibles)
– Hygiène
Nettoyer et désinfecter les différents locaux

Recommandations de Pharmaciens sans Frontières Suisse concernant l'aménagement d'un local pour les préparations magistrales et établissement de règles de base pour ces préparations

Aménagement d'un local pour les préparations magistrales
– Importance d'avoir un local séparé, propre, surface plane
– Matériel de laboratoire (ustensiles : mortier, pilon, spatules, balance analytique, matériel de conditionnement)
– utiliser la check-list de « Bonnes pratiques de fabrication » (BPF)

Annexe I.2: Check-liste de « Bonnes pratiques de fabrication » de préparations magistrales ou spécialités de comptoir (BPF)

Note: cette check-list est un exemple de bonne pratique établie par Pharmaciens sans Frontières Suisse dans le cadre d'un centre de santé de base de niveau 2 à Madagascar, équipé d'une gestion informatisée du stock de médicaments et d'un local pour la fabrication de préparations magistrales. Elle ne s'applique donc pas entièrement à un centre de premier recours rural.

1. Avoir à disposition le protocole de fabrication.
2. Calculer les quantités de principe actif/substances nécessaires à la fabrication.
3. Préparer une étiquette avec le nom du patient, sa date de naissance ainsi que le nom de la substance (DCI), sa dilution (si nécessaire) et la dose.
4. Nettoyer le plan de travail: savon et alcool.
5. Rassembler les ustensiles et les appareils nécessaires.
6. Préparer les contenants.
7. Rassembler les substances nécessaires.
8. Procéder au double contrôle: protocole, calculs, étiquettes, matières premières.
9. S'attacher les cheveux, remonter les manches, enlever les bijoux fantaisie.
10. Se laver/désinfecter les mains, voire mettre des gants.
11. Réaliser la fabrication en documentant chaque étape.
12. Réaliser le remplissage.
13. Mettre une étiquette sur la préparation terminée.
14. Ranger et nettoyer les ustensiles, les appareils et le plan de travail.
15. Faire vérifier par une autre personne et signer le protocole.
16. Ranger les produits au magasin.
17. Entrer les produits dans le stock de la pharmacie (bon d'achat dans *Pharmasoft*).
18. Ranger le protocole de fabrication.
19. Vérifier la verrerie: avertir le responsable de la gestion de la pharmacie s'il va manquer des contenants ou autre.

Annexe J.1 : Fiche technique ouvrage d'accès à l'eau (Terre des hommes)

Annexe J.2: Fiche technique ouvrage d'assainissement (Terre des hommes)

Annexe J.3 : Fiche technique pompage solaire (Terre des hommes)

Annexe J.4 : Guide des bonnes pratiques d'hygiène dans les structures de santé (Terre des hommes)

Annexe J.5: Guide pratique de gestion des déchets biomédicaux
(Terre des hommes)

Retrouvez la version numérique de ce guide
ainsi que ses annexes techniques
dans notre rubrique « Partage des savoirs »
sur **www.fedevaco.ch**

Grâce à l'appui des collectivités publiques, la Fédération vaudoise de coopération soutient chaque année plus de 60 de projets de développement dans les pays du Sud et de l'Est ainsi que des projets de sensibilisation en Suisse. Organisation faitière regroupant une cinquantaine d'ONG de coopération au développement, la FEDEVACO offre depuis près de 30 ans une expertise et un savoir-faire reconnus par ses partenaires publics. En 2014, la FEDEVACO s'est dotée d'un programme de partage des savoirs qui permet à ses associations membres de partager leurs expériences et de renforcer leurs synergies.

www.fedevaco.ch



Scartezzini K, Gueye-Girardet A, Converset E, Laurent C, Lob L et Gehri M, 2018. *La santé pour tous en zone rurale. Développer et renforcer les centres de santé: guide pratique*. Fedevaco, Lausanne, 182 pages.

© Fédération vaudoise de coopération, Lausanne, 2018
ISBN 978-2-9701277-1-0

DESIGN ET IMPRESSION

Guillaume Féliu / WeBundle.ch / Genève. Imprimé sur papier recyclé

CRÉDIT PHOTOGRAPHIQUE

Couverture: Tdh / Christian Brun / Sénégal • p. 12: Killian Scartezzini / Madagascar • p. 30: TdH / Olivier Girard / Burkina Faso • p. 43: CSSR / Lou Dematteis / Equateur • p. 51: MdM Suisse / P-W Henry / Cameroun • p. 56: Swissaid / Guinée • p. 60: Enfants du Monde / Burkina Faso • p. 67: Nouvelle Planète / Sénégal • p. 72: MdM Suisse / P-W Henry / Cameroun • p. 87: SME / Laos • p. 94: Santé Sud / Roland Caplain / Bénin • p. 100: Santé Sud / Roland Caplain / Benin • p. 106: CRAterre / Alexandre Douline / RDC • p. 111: Nouvelle Planète / Sénégal • p. 121: PSF / Madagascar • p. 130: Tdh / Bintou Camara / Mali • p. 138: Tdh / Olivier Girard / Burkina Faso • p. 144: To go to Togo / Alexandre Cavin / Togo • p. 156: Tdh / Colombie • p. 168: Killian Scartezzini / Madagascar.

Les projets de santé ruraux dans les pays à faible revenu étant infiniment complexes, cet ouvrage offre une analyse détaillée des points clefs pour l'ouverture ou la réhabilitation de centres de santé. À de nombreuses pistes de réflexion formidablement documentées s'ajoute une boîte à outils essentielle avec :

- **12 fiches pratiques** illustrant des projets menés aux quatre coins du monde et leurs apprentissages
- **5 check-lists** proposant les questions cruciales pour chaque étape de la mise en place d'un centre de santé
- **plus de 20 annexes techniques** disponibles en ligne



Publié par la Fédération vaudoise de coopération (FEDEVACO), ce guide est un outil incontournable pour la mise en place ou le renforcement de centres de santé de premier recours en zone rurale des pays à faible revenu.

Fruit d'une collaboration de plusieurs années entre praticiens de la coopération au développement et de médecins, il est destiné aussi bien aux organisations d'appui du Nord qu'à leurs partenaires de terrain du Sud.

fedevaco
=====

ISBN 978-2-8791277-1-0



9 782970 127710

REMERCIEMENTS POUR LA PRÉSENTE THÈSE

Il m'est impossible de débiter ces remerciements sans mentionner ma profonde gratitude à **Jean-Pierre et Monica Counet**, respectivement comptable et présidente de l'association *Zazakely-Suisse*. Sans vous cette expérience de terrain (et donc ce guide) n'aurait jamais vu le jour. Merci de m'avoir permis de découvrir une part si riche de ce monde. **Orolie Ramarovavy** et **Ando Ratiandraibe**, ma famille à Madagascar. Nous avons sué comme jamais pour ce dispensaire, mais cela valait la peine. **Massimiliano Chastonay**, dont les cigarettes sur « notre balcon » et les « cazzo! » résonnent encore dans mon esprit. Il y a aussi les personnes sur le terrain du dispensaire comme **Florie**, la dame de ménage, qui a pris soin de nous en partageant ses repas du soir à la lueur des lampes pétroles. Et puis **Fred** derrière le bar de l'Alliance française qui m'a ramené en Europe plus d'un soir. **Adrien** qui m'a accueilli dans sa demeure pour m'aider à oublier, le temps d'un week-end, la dureté de la vie rurale. **Vanessa**, infirmière suisse et malgache, **et sa famille**, qui nous ont accueilli les bras ouverts et nous ont guidés dans le projet. Et puis il y a **mes parents**, qui sont venus, ont vu et ont ramené des échantillons d'eau en Suisse pour nous permettre de boire au robinet et d'ouvrir le dispensaire. Merci pour tout ce que vous m'avez appris ces années qui ont servi mon envie et goût du voyage. **Olivier**, mon ami de toujours, qui était là le jour de l'ouverture et dont quelques coups de pinceaux et des heures de labeurs ont permis les dernières finitions. Mon frère, **Maël**, nous avons traversé le cœur de l'île à vélo et avons rencontré des enfants qui n'avaient jamais vu de visages pâles comme les nôtres. Je suis fier de l'avoir accompli à tes côtés. Ma cousine, **Aimée**, qui me soutient depuis tant d'année, je t'aime petite sœur. Après le projet de dispensaire, il y a eu **Raymond**, Don Quichotte de l'île aux Nattes s'attaquant aux montagnes infinies de déchets qui se déversent sur ce coin de paradis. Sa folie a été inspirante. **Philippe Bonaldi**, dit Dada Be, le vivier local de la pensée fertile. Il m'a appris à sentir le moment présent et le goût du rhum. À mon retour il y a eu **Mario Gehri** qui m'a pris sous son aile et a accepté de se lancer dans ce projet de thèse quelque peu singulier. **Anne Pittet**, pleine d'entrain et d'idées dont l'infinie expérience dans le Sud m'a guidé ici et là-bas. Et puis **Laurent Lob** qui a relu ce texte à n'en plus finir, je lui en suis tellement reconnaissant. **Anne Gueye-Girardet** et **Charlotte Laurent** dont le travail acharné sur les fiches pratiques ont donné un sens inestimé à cette publication. Jamais elle n'ont flanché devant la montagne de travail que nous avons à accomplir et en plus, c'était sympa! Il y a toutes ces personnes que j'ai rencontrées depuis 2013 à Madagascar ou en Suisse, qui ont nourri ce projet sans qu'elles/ils n'en soient conscient(e)s en faisant germer dans mon esprit de nouvelles idées. Et puis bien-sûr il y a **ma Lou**, rencontrée à Madagascar, femme de toujours avec qui je partage ma vie à présent. Je n'y arriverai pas sans toi. Ton soutien et notre amour m'ont permis de mener à bout ce projet et tant d'autres.

Merci !